

CAI
TB

-2024

Government
of Canada

Gouvernement
du Canada

Government
Publications

Public Service Health Care Plan

(formerly the Group Surgical-Medical
Insurance Plan – GSMIP)



Canada



Cover: From the collection of the
National Gallery of Canada

Artist: Lawren Harris

Title: Snow II

Description: Oil on canvas

Acquired: 1916

The purpose of this booklet is to describe the benefits available to you as a participant in the Public Service Health Care Plan.

Effective August 1, 1993, certain enhanced benefits were made to the Federal Sector of the Group Hospitalization and Medical Plan, which now includes a deposit to the plan account of \$160 per employee. (Refer to Page 7)

If you would like more details on the Health Care Plan, you are encouraged to contact the Distribution Center at 613-995-2855 or your supervisor.

Public Service Health Care Plan

Booklet available from:

Distribution Center
Administration Branch
Treasury Board of Canada
300 Laurier Ave. West
Ottawa, Ontario K1A 0R5
Telephone: (613) 995-2855
Facsimile: (613) 996-0518

This publication is available on audio-cassette from the library services of the Department of Finance and the Treasury Board of Canada.

Pensioners should note that a separate information booklet, "Public Service Health Care Plan *for Pensioners*", is available for Public Service, RCMP, Canadian Forces and certain other pensioners who are eligible to join the plan.

Minister of Supply and Services Canada 1992

Cat. No. BT 43-87/1992

ISBN 0-662-58712-X



FOREWORD

The purpose of this booklet is to describe the benefits available to you as a participant in the Public Service Health Care Plan.

Effective August 1, 1991, certain fundamental changes were made to the funding basis of the Group Surgical-Medical Insurance Plan (GSMIP), which necessitated a change in the plan name to the Public Service Health Care Plan.

As a participant in the Health Care Plan, you are encouraged to read the contents of this booklet carefully. However, you should keep in mind that periodic changes are made to the plan, including changes to the benefits and to the monthly contribution rates. These changes will be announced on each occasion through your personnel office or Commanding Officer. You are advised to keep some record of any such announced changes, for reference, until this booklet is revised.

This booklet is intended for information purposes only, and describes the provisions of the plan in general terms. The complete terms and conditions of the plan are set out in the Plan Document.

IN CASE OF CONFLICT BETWEEN THIS BOOKLET AND THE PLAN DOCUMENT, THE TERMS OF THE PLAN DOCUMENT SHALL PREVAIL.

Digitized by the Internet Archive
in 2023 with funding from
University of Toronto

<https://archive.org/details/31761119691582>

CONTENTS

GENERAL	1
SECTION I – PROVISIONS APPLICABLE TO ALL PLAN MEMBERS	
Eligibility to Join the Plan	3
Applying to Join the Plan	3
Coverage for Dependents.....	3
Eligible Dependents	4
Other Eligible Dependents	4
Contributions.....	5
Personal Identification Number.....	6
Coverage During Extended Periods of Leave Without Pay	6
Termination of Coverage.....	7
SECTION II – AVAILABLE COVERAGE	
Supplementary Coverage	8
Comprehensive Coverage.....	8
Employees, members of the Canadian Forces or RCMP and pensioners resident in Canada who are covered under a provincial health plan	9
Employees and members of the Canadian Forces or RCMP posted outside Canada who are not covered under a provincial health plan	11
Pensioners resident outside Canada who are not covered under a provincial health plan	12
SECTION III – DESCRIPTION OF BENEFITS	
Extended Health Care Benefit	14
Conditions.....	14
Deductible Amount.....	15
Co-Payment/Reimbursement.....	15
Eligible Expenses	16
Drug Benefit	16
Vision Care Benefit	19
Health Practitioners Benefit.....	21
Dental Benefit	25
Miscellaneous Expense Benefit	28
Out-of-Province Benefit	31

Basic Health Care Benefit	33
Hospital Expense (Outside Canada) Benefit (not available to pensioners)	35
Hospital Benefit	36
 APPENDIX A – TABLE OF MAXIMUM ELIGIBLE EXPENSES AS OF SEPTEMBER 1, 1992	37
 APPENDIX B – EXCLUSIONS AND LIMITATIONS	39
 APPENDIX C – CLAIMS	
Claims to Provincial Programs	41
Claims to Other Plans	41
Claims to the Health Care Plan	42
Claims Appeal Process	44

GENERAL

The Public Service Health Care Plan is a private health care plan sponsored by the Government of Canada for the benefit of federal Public Service employees, members of the Canadian Forces, the Royal Canadian Mounted Police, members of Parliament, federal judges, employees of a number of designated agencies and corporations, and persons receiving pensions based on service in one of these capacities.

The purpose of the Health Care Plan is to provide participants and their eligible dependants with coverage, up to reasonable limits, for unexpected expenses for specified medically required services and products.

Effective August 1, 1991, certain fundamental changes were made to the funding of the Group Surgical-Medical Insurance Plan (GSMIP), and as a result, the plan became known as the Public Service Health Care Plan. The plan is now operated on a self-insured basis which essentially means that the plan assumes full liability for the payment of all costs related to the operation of the plan, including the payment of claims. The monthly contributions (member and government shares) are managed by the plan's Board of Management and are used to fund all of the plan's operations.

The Board of Management is composed of management and union representatives of the National Joint Council, and is responsible for overseeing the finances of the plan and for contracting with the Administrator and other providers of services. The Board monitors all aspects of the plan's financial performance and reports, as required, to the National Joint Council. The Board periodically reviews the plan benefits and recommends appropriate changes, and also reviews cases involving difficulties and disputes over membership and individual claims arising from the administration of the plan (see Appendix C – Claims).

A contract has been entered into with an insurance company to adjudicate and pay claims in accordance with the Plan Document. The insurance company is hereafter referred to as the Administrator.

In using this booklet you may wish to note that:

- Section I of the booklet (Provisions Applicable to all Plan Members) describes features of the plan with which all members of the plan should be familiar;
- Section II of the booklet (Available Coverage) will enable you to determine which of the plan's benefits apply to you and also describes some important membership provisions of which you should be aware;
- Section III (Description of Benefits) describes the various benefits available under the plan in some detail, but you need only examine those to which Section II refers you.

To simplify descriptions throughout the booklet, the term "employees" is used to describe all eligible groups, unless otherwise specified. Similarly, the term "personnel office" is used to denote all offices which administer benefits for the eligible groups. For example, in the case of members of the Canadian Forces, the "personnel office" would in fact be the Commanding Officer.

A separate Health Care Plan booklet is available for pensioners, and may be obtained from your pension office.

SECTION I – PROVISIONS APPLICABLE TO ALL PLAN MEMBERS

Employees in the Executive Group and senior officers of the Canadian Forces and RCMP should contact their personnel office regarding coverage and contributions.

ELIGIBILITY TO JOIN THE PLAN

The Health Care Plan applies to Public Service employees, members of the Canadian Forces, RCMP and pensioners, but there are a few exceptions and special conditions in certain cases. Membership in the Health Care Plan is largely optional. You should contact your personnel office to determine if you are eligible for membership.

APPLYING TO JOIN THE PLAN

If you are eligible, and wish to join the Health Care Plan or make a change to your coverage, you must complete and submit an application form to your personnel office. This applies even if you are not required to make a monthly contribution.

COVERAGE FOR DEPENDANTS

As an employee or a pensioner, you may apply to cover your eligible dependants under the Health Care Plan, either at the time you apply to join the plan yourself, or at a later date. However, once you have “family” coverage, you need not apply to cover any additional dependants.

Members of the Canadian Forces and RCMP may not cover themselves under the Health Care Plan but may cover their eligible dependants.

A person cannot be claimed as a dependant by more than one member of the plan. For example, if you and your spouse have “family” coverage under the plan, only one of you may claim the expenses for your children (see Appendix C – Claims).

Eligible Dependents

Also applies to employees in the Executive Group and senior officers of the Canadian Forces and RCMP

Eligible dependants consist of the following:

1. your spouse (including a common-law spouse – your personnel office can provide additional details);
2. your unmarried children (including an adopted child, step-child or foster-child) who are:
 - under 21 years of age;
 - between 21 and 25 years of age and in full-time attendance at school;
 - 21 years of age or over who are wholly dependent upon you because of physical or mental impairment, if such impairment existed prior to the child’s reaching age 21, or commenced while the child was covered as a student over age 21. The first time you submit a claim after your child reaches age 21, you may be required to provide medical documentation of your child’s impairment.

If a child becomes “impaired” after reaching age 21, and at that time is not covered under the Health Care Plan as a student, that child is not eligible to be covered under the plan.

Other Eligible Dependents

Employees and members of the Canadian Forces and RCMP posted abroad may also obtain Comprehensive coverage for certain other persons if such dependants are residing with the member outside Canada and are financially dependent upon the member. A separate form must be completed for this purpose and is available from your personnel office.

CONTRIBUTIONS

The entire operations of the plan, including the payment of benefits, are financed by the monthly contributions of plan members and the government, as employer. The contribution which a member of the plan is required to pay depends on the coverage chosen.

Employees

As the employer, the government pays the full cost for employees for coverage under the Extended Health Care Benefit (and the Basic and Hospital Expense (Outside Canada) Benefits for employees residing abroad) plus Level I of the Hospital Benefit. Employees are therefore required to make a monthly contribution only if they choose either Level II or III coverage under the Hospital Benefit. The amount of the contributions which you are required to pay depends both on the level of hospital coverage you have applied for (i.e., Level II or Level III – see Section II of this booklet), and whether you have “single” or “family” coverage.

Pensioners

As the employer, the government pays 80 per cent of the cost for pensioners for coverage under the Extended Health Care Plan, and the full additional contribution for coverage under Level I of the Hospital Benefit. An additional monthly contribution is payable for Level II and Level III coverage under the Hospital Benefit.

If contributions are required, they are normally collected by deduction each month from your salary or pension, and are payable one month in advance to provide you with coverage for the following month.

Whenever changes are made to the contributions, you will be informed by your personnel or pension office and this information should be retained by each member for reference. You should periodically ensure that the correct monthly contributions are being deducted from your salary or pension.

Members of the Canadian Forces and RCMP who are in receipt of a CFSA or RCMPSA pension and are paying monthly Health Care Plan contributions from that pension, **and who become employed in the Public Service**, may choose to be covered under the Health Care Plan as employees if they are eligible. However, it is your responsibility in this case to advise your pension office to discontinue deductions of Health Care Plan contributions from your pension, and to apply for coverage under the Health Care Plan as a Public Service employee. Your Personal Identification Number will remain the same.

PERSONAL IDENTIFICATION NUMBER

When you first apply to join the plan and your application has been approved, you will be issued a benefit card which you should retain in your possession for easy reference. This benefit card will show the Personal Identification Number which has been assigned to you, and the level of coverage you have chosen.

You must be sure to record this Personal Identification Number on any claims which you submit in respect of yourself and any of your covered dependants, and on any correspondence with the Administrator (see Appendix C – Claims). A new benefit card will be issued to you whenever you amend your Health Care Plan coverage, if the information on the card changes. Your Personal Identification Number will remain the same.

COVERAGE DURING EXTENDED PERIODS OF LEAVE WITHOUT PAY

If you are a member of the plan and you proceed on authorized leave without pay, including sick leave without pay, for a period of more than one month, you may be required to make advance monthly contributions if you wish to continue your Health Care Plan coverage during such leave. You should check with your personnel office, before proceeding on leave, regarding the requirement to make contributions for continued coverage. The first advance payment of

contributions must be made prior to proceeding on your authorized leave without pay.

If contributions are required but are not submitted to your personnel office prior to your proceeding on leave without pay, or you do not continue to make the required advance payments during your period of leave without pay, your Health Care Plan coverage will be suspended, and may only be reinstated from the first day of the month following your return to active duty.

You cannot apply to join the plan, or amend your coverage, while you are absent on leave without pay, or for a seasonal employee, during the off-season.

If you are on leave without pay or on off-season status when your coverage would otherwise become effective, your coverage only becomes effective from the first of the month following the date you return to duty.

TERMINATION OF COVERAGE

Your membership in the Health Care Plan ceases upon termination of employment. However, you may be eligible to be covered under the Health Care Plan as a pensioner. As well, coverage may be continued for a limited period if you are laid off or are totally disabled or pregnant at the time your coverage would normally terminate. You should contact your personnel office if you need further details regarding your eligibility under such circumstances.

You may voluntarily cease your participation in the Supplementary portion of the plan at any time by notifying your personnel office in writing. Coverage will cease no later than two months following the date your notification is received in the personnel office. Any deductions from pay cease the first of the month prior to the date of cessation of coverage.

Example: You write to your personnel office in January to cancel your coverage under the Health Care Plan. Your personnel office receives your notification in February. Your coverage will cease no later than May 1. Any deductions from your salary will cease no later than April 1.

SECTION II – AVAILABLE COVERAGE

In broad terms, the Health Care Plan is designed to provide two separate types of coverage. These types are:

SUPPLEMENTARY COVERAGE

This coverage is intended for eligible employees who are Canadian residents and are covered under a provincial health plan. In general, the Health Care Plan supplements the coverage provided under the provincial plan in your province of residence. This coverage consists of the Extended Health Care Benefit and the Hospital Benefit (both described in detail later in this booklet).

COMPREHENSIVE COVERAGE

This coverage is intended for eligible persons who are residing outside Canada and are not covered under a provincial health plan. This coverage consists of the Basic Health Care Benefit, the Extended Health Care Benefit, the Hospital Benefit, and the Hospital Expense (Outside Canada) Benefit. **(The Hospital Expense (Outside Canada) Benefit is not available to pensioners.)**



The four benefits mentioned above (Extended Health Care Benefit, Hospital Benefit, Basic Health Care Benefit, and Hospital Expense (Outside Canada) Benefit) have been designed for different purposes. The exact combination of benefits which is available to you, and the conditions of membership, depend upon which of the following categories you are in:

1. Employees, members of the Canadian Forces or RCMP and pensioners resident in Canada who are covered under a provincial health plan;

2. Employees and members of the Canadian Forces or RCMP posted outside Canada who are not covered under a provincial health plan;
3. Pensioners resident outside Canada who are not covered under a provincial health plan.

Once you have established which category you are in, you will find all of the general information you will need under that category heading in the following pages.

1. Employees, members of the Canadian Forces or RCMP and pensioners resident in Canada who are covered under a provincial health plan

Coverage Available

If you are in this category, you are eligible for Supplementary coverage. This coverage consists of the Extended Health Care Benefit, plus the Hospital Benefit. The Extended Health Care Benefit, and the Level I of the Hospital Benefit, are provided to employees at no cost. Employees who choose to be covered for the Level II or III of the Hospital Benefit are required to pay a monthly contribution for the additional hospital coverage.

You may choose not to enrol in the plan at all, but if you do join, you may not choose the Hospital Benefit without the Extended Health Care Benefit. You will find a description of the coverage provided under the Extended Health Care Benefit beginning on page 14, and the Hospital Benefit similarly described beginning on page 36. Additionally, certain other expenses are eligible where they are incurred outside the participant's province of residence. Refer to the Out-of-Province Benefit on page 31.

The Basic Health Care Benefit and the Hospital Expense (Outside Canada) Benefit are not available to persons in this category.

Conditions of Membership

Your coverage is strictly voluntary. You must decide the extent of coverage (if any) you wish to apply for (i.e., the level of hospital coverage) in respect of yourself and any eligible dependants (see page 4).

If you are eligible and wish to be covered under the Health Care Plan, or wish to amend your existing coverage, you must complete a Health Care Plan application form and submit it to your personnel office.

When Coverage Takes Effect

If you apply within 60 days of being eligible, coverage is effective the first of the month following the month your personnel office receives your completed application form. You may obtain an application form from your personnel office.

If you acquire a new dependant (i.e., a spouse or child), you should consult your personnel office as soon as possible. If an application is required to cover that dependant (i.e., to increase your coverage from "single" to "family"), again the application form must be received within 60 days of the date the dependant became eligible in order for coverage to become effective from that date.

If you do not apply for coverage within 60 days of being eligible, or if you do not apply to upgrade your coverage from "single" to "family" within 60 days of acquiring a new dependant, the revised coverage will only take effect after a three-month waiting period (i.e., from the first day of the fourth month following receipt of your application by your personnel office). This waiting period also comes into effect if you apply to increase your coverage under the Hospital Benefit.

Where an employee applies to cover a common-law spouse, and a new contribution rate is payable (i.e., if you must increase your coverage from "single" to "family"), **new coverage can only become effective from the first day of the fourth month following receipt of the application, regardless of when the application is made.**

You should note that, given the voluntary nature of the Supplementary coverage, you have three primary responsibilities to fulfil:

- you are responsible for ensuring that you have applied for the coverage you wish to have for yourself and your dependants;
- you are responsible for examining your cheque-stub periodically to ensure that any contributions being deducted properly reflect the level of hospital coverage for which you have applied; and
- you are responsible for amending your coverage to delete any coverage you no longer require. Contributions which you have paid are not refunded if they were consistent with the applications you had submitted.

2. Employees and members of the Canadian Forces or RCMP posted outside Canada who are not covered under a provincial health plan

Coverage Available

If you are a member of this category, you are required by your employer to be covered for Comprehensive coverage (i.e., the Basic Health Care Benefit and the Hospital Expense (Outside Canada) Benefit as well as the Extended Health Care Benefit and Level I of the Hospital Benefit). These benefits are described in detail beginning on pages 33, 35 and 14 respectively and are 100 per cent employer-paid.

If your spouse and any eligible children are residing with you outside Canada, you are also required to obtain Comprehensive coverage for those dependants.

Coverage is also available, on a voluntary basis, for certain persons (other than a spouse or child) who reside with you and are financially dependent upon you (see page 4). You should consult your personnel officer if you are interested in these benefits.

All employees serving outside Canada may also choose to be covered on a voluntary basis for Level II or III of the Hospital Benefit described in detail beginning on page 36, in respect of themselves and any eligible dependants.

Conditions of Membership

Since the Comprehensive coverage is compulsory, your coverage and that of any eligible dependants begins automatically on the date your provincial health coverage expires. However, you must submit an application to your personnel office prior to proceeding to reside abroad.

Comprehensive Health Care Plan coverage terminates when you cease to be an eligible member in this category. Since coverage under Level II and Level III of the Hospital Benefit is voluntary, it is your responsibility to make sure that you apply for the coverage which you desire for yourself and your dependants. The information required in respect of voluntary coverage can be found under the heading Conditions of Membership on page 10. If you apply for Level II or III coverage under the Hospital Benefit, you will be required to pay a monthly contribution for that additional hospital coverage.

3. Pensioners resident outside Canada who are not covered under a provincial health plan

Coverage Available

If, as a pensioner, you will be residing outside Canada and you are not eligible for coverage under a provincial health plan, **you are eligible only for Comprehensive coverage**. The terms which will apply are described in the following paragraphs, and you should consult your pension office if you need further clarification.

As a pensioner residing outside Canada without provincial health plan coverage, you may wish to apply for a combination of coverage which consists of the Basic Health Care Benefit described in detail beginning on page 33, plus the Extended Health Care Benefit described in detail beginning on page 14.

You are also covered automatically for Level I coverage under the Hospital Benefit, with the government paying the full contribution for Level I on your behalf. **You may choose not to enrol in the plan at all, but if you do join, you may not choose the Hospital Benefit without the Basic Health Care Benefit and the Extended Health Care Benefit.**

If you decide to become covered for the three benefits described above, you may also apply for additional hospital coverage under Level II or Level III of the Hospital Benefit described in detail beginning on page 36.

The Hospital Expense (Outside Canada) Benefit is not available to pensioners. If you require coverage for hospital expenses in addition to the coverage provided under the Hospital Benefit, you must make personal arrangements to obtain that coverage through some other source.

Membership

Since the coverage described above is available on a strictly voluntary basis, it is your responsibility to make sure that you obtain the level of coverage you require and that you have covered your dependants to the extent that you desire. The terms and conditions described under the heading Conditions of Membership on page 10 will apply.

SECTION III – DESCRIPTION OF BENEFITS

EXTENDED HEALTH CARE BENEFIT

The purpose of this benefit is to provide coverage for specified services and products which are not usually covered under provincial health plans, or alternatively, in the case of members resident outside Canada, which are not covered under the Basic Health Care Benefit of the Health Care Plan.

Subject to the following conditions, expenses which you incur for the various services and products described on pages 16 to 33 are eligible for reimbursement under the Extended Health Care Benefit. Reasonable and customary charges for certain services and products other than those listed below may also be approved by the Health Care Plan Board of Management as eligible expenses.

From time to time, changes are made to the coverage provided under the Health Care Plan. You will be informed of such changes by your personnel or pension office and you should keep a record of these changes for future reference.

Conditions

1. Reasonable and Customary Charges

When you incur charges for a particular eligible service or product, the plan covers only those amounts considered "reasonable and customary". The Administrator will determine what the general level of charges for any specific service or product is, in the locale where the expense is incurred. Published fee guides of associations of practitioners will be consulted for that purpose, where applicable. Any portion of an expense in excess of that "reasonable and customary" amount will not be covered under the plan.

2. Limits on Eligible Expenses

Some of the eligible expenses under the Health Care Plan are subject to specific limits. These limits are set out either in the explanation of the benefits on pages 16 to 33, or in the Table of Maximum Eligible Expenses (see Appendix A). Any expenses you incur which exceed those limits will not be covered under the plan. Changes to these amounts will be announced to members of the plan through their personnel offices, and should be noted by each member for future reference.

Deductible Amount

For each calendar year, there is a minimum deductible amount; only the eligible expenses incurred by you during the year which exceed that deductible amount are eligible for reimbursement under the Extended Health Care Benefit. The annual deductible amount is \$25 per person. If you have "family" coverage, but only one member of your family "unit" incurs eligible expenses in a calendar year, the annual deductible of \$25 will apply to those expenses. Where eligible expenses are incurred in a calendar year in respect of more than one member of a covered family unit, then the combined deductible amount which must be exceeded for all members of that family "unit" will be limited to \$40 for that calendar year.

Co-Payment/Reimbursement

Except where otherwise stated, such as under the Travel Benefit, the Extended Health Care Benefit will reimburse you 80 per cent of the reasonable and customary charges you have incurred for a particular covered service or product above the annual deductible amount. This is subject to limits which may be in place on the amount of eligible expenses which may be covered for that product or service. The remaining 20 per cent of such eligible expenses must be paid by you, and is referred to as the co-payment.

Eligible Expenses Under the Extended Health Care Benefit

The Extended Health Care Benefit is comprised of the following benefits:

- Drug Benefit
- Vision Care Benefit
- Health Practitioners Benefit
- Dental Benefit
- Miscellaneous Expense Benefit
- Out-of-Province Benefit

DRUG BENEFIT

Definitions under the Drug Benefit

Chronic disease	means a condition that exists beyond the usual course of an acute disease or beyond a reasonable time for tissue damage to heal. Any such condition that lasts longer than six months may be considered chronic.
Dentist	means a person licensed to practice dentistry by the provincial licensing authority, or in the absence of such authority, a person with comparable qualifications as determined by the Administrator.
Registered pharmacist	means a person who is licensed to practice pharmacy and whose name is listed on the pharmacists' registry of the licensing body for the jurisdiction in which such person is practising.
Physician	means a doctor of medicine (M.D.) legally licensed to practice medicine.

Members of the plan who are eligible to claim prescription drug expenses under a provincial “pharmacare” program should first submit their claim to the provincial authorities (see Appendix C – Claims).

Eligible Expenses Under the Drug Benefit

Eligible expenses are the reasonable and customary charges for the following items of expense, provided they are medically necessary for the treatment of disease or injury, prescribed by a physician or dentist and dispensed by a registered pharmacist or physician:

1. **drugs**, including oral contraceptives, which legally require a prescription and are identified in the Monographs section of the current Compendium of Pharmaceutical and Specialties as a narcotic, controlled drug, or requiring a prescription;
2. **life-sustaining drugs** which may not legally require a prescription and are identified in the Therapeutic Guide section of the current Compendium of Pharmaceutical and Specialties under the following headings:

anti-anginal agents	anticholinergic preparations
antiparkinsonism agents	anti-arrhythmic agents
bronchodilators	glaucoma therapy
antihyperlipidemic agents	insulin preparations
hyperthyroidism therapy	oral fibrinolytic agents
parasympathomimetic agents	potassium replacement therapy
tuberculosis therapy	topical enzymatic debriding agents;
3. **drugs** which are identified in the Monographs section of the current Compendium of Pharmaceutical and Specialties as not legally requiring a prescription but which are only available for purchase at an accredited pharmacy and which, in the Administrator's opinion, have a known therapeutic value;
4. **replacement therapeutic nutrients** prescribed by an accredited medical specialist for the treatment of an injury or disease excluding allergies or aesthetic ailments, provided that there is no other nutritional alternative to support the life of the member or covered dependant;

5. **injectable drugs**, including injectable allergy serums administered by injection;
6. **compounded prescriptions**, regardless of their active ingredients;
7. **needles, syringes, and chemical diagnostic aids** for the treatment of diabetes;
8. **vitamins and minerals** which are prescribed for the treatment of a chronic disease, when in accordance with customary practice of medicine, the use of such products are proven to have therapeutic value and no other alternatives are available to the patient;
9. **drug delivery devices** to deliver asthma medication which are integral to the product, as approved by the Administrator; and
10. **aerochambers with masks** for the delivery of asthma medication to children under six years of age.

Exclusions under the Drug Benefit

No benefit is payable for:

1. expenses for drugs which, in the Administrator's opinion, are experimental;
2. publicly advertised items or products which, in the Administrator's opinion, are household remedies;
3. expenses for contraceptives, other than oral;
4. expenses for vitamins (except injectables), minerals, and protein supplements (other than expenses that would qualify for reimbursement under Eligible Expenses under the Drug Benefit);
5. expenses for therapeutic nutrients other than those that would qualify for reimbursement under Eligible Expenses under the Drug Benefit (#4);
6. expenses for diets and dietary supplements, infant foods and sugar or salt substitutes;
7. expenses for lozenges, mouth washes, non-medicated shampoos, contact lens care products and skin cleansers, protectives, or emollients;

8. expenses for surgical supplies and diagnostic aids;
9. expenses for drugs which are used for cosmetic purposes;
10. expenses for drugs which are used for a condition or conditions not recommended by the manufacturer of the drugs; and
11. expenses incurred under any of the conditions listed in Appendix B.

VISION CARE BENEFIT

Definitions under the Vision Care Benefit

Ophthalmologist	means a person licensed to practice ophthalmology.
Optometrist	means a member of the Canadian Association of Optometrists or of a provincial association associated with it, or in the absence of such association, a person with comparable qualifications as determined by the Administrator.

Eligible Expenses Under the Vision Care Benefit

Eligible expenses are the reasonable and customary charges for the following items of expense:

1. **eye examinations by an optometrist**, limited to one examination in a 24-month period; and
2. **eyeglasses and contact lenses** that are necessary for the correction of vision and are prescribed by an ophthalmologist or optometrist, and repairs to them, limited to the maximum eligible expense specified in Appendix A.

To simplify the administration of the 24-month limitation on eyeglasses and contact lenses, effective January 1, 1993, all members of the Health Care Plan, and their dependants, will have the same two-year period in which to claim up to the stated maximum for the purchase cost of eyeglasses and contact lenses.

For example, you may claim up to \$200 on the purchase of eyeglasses and contact lenses for yourself and/or your dependants during the two-year period from January 1, 1993, to December 31, 1994. Once you have claimed expenses up to the maximum for that two-year period, (which is \$200 for the two-year period January 1, 1993, to December 31, 1994), you are not eligible to claim further expenses for eyeglasses or contact lenses until the new two-year period commences, i.e., from January 1, 1995, to December 31, 1996, and so on.

Members should note there is no limit on the initial purchase of eyeglasses or contact lenses that are required as the direct result of surgery or an accident, if they are purchased within six months of such surgery or accident. This is identified as a separate eligible expense. This time limit may be extended if the Administrator determines the purchase could not have been made within the time frame specified.

The purchase of artificial eyes, and replacements thereof, is also an eligible expense, but not within:

1. 60 months of the last purchase in the case of a member or dependant over 21 years of age, or
2. 12 months of the last purchase in the case of a dependant 21 years of age or less.

Exclusions under the Vision Care Benefit

No benefit is payable for expenses incurred under any of the conditions listed in Appendix B.

HEALTH PRACTITIONERS BENEFIT

Definitions under the Health Practitioners Benefit

Chiropodist/ Podiatrist	means a person licensed by the appropriate provincial licensing authority, or in those provinces where there is no licensing authority, members of the Canadian Association of Foot Professionals, or in the absence of such an association, a person with comparable qualifications as determined by the Administrator.
Chiropractor	means a member of the Canadian Chiropractic Association, or of a provincial association affiliated with it, or in the absence of such association, a person with comparable qualifications as determined by the Administrator.
Electrologist	means a person who, as determined by the Administrator, qualifies as a certified electrologist.
Hospital	means a legally licensed hospital which provides facilities for diagnosis, major surgery and the care and treatment of a person suffering from disease or injury on an in-patient basis, with 24-hour services by registered nurses and physicians. This includes legally licensed hospitals providing specialized treatment for mental illness, drug and alcohol addiction, cancer, arthritis and convalescing or chronically ill persons. This does not include nursing homes, homes for the aged, rest homes or other places providing similar care.

Naturopath	means a member of the Canadian Naturopathic Association or any provincial association affiliated with it, or in the absence of such association, a person with comparable qualifications as determined by the Administrator.
Nurse	means a registered nurse, registered nursing assistant, licensed practical nurse, and certified nursing assistant who is listed on the appropriate provincial registry and, in the absence of such registry, a nurse with comparable qualifications as determined by the Administrator.
Osteopath	means a person who holds the Degree of Doctor of Osteopathic Medicine from a college of osteopathic medicine approved by the Canadian Osteopathic Association, or in the absence of such association, a person with comparable qualifications as determined by the Administrator.
Physician	means a doctor of medicine (M.D.) legally licensed to practice medicine.
Physiotherapist	means a member of the Canadian Physiotherapy Association or of a provincial association affiliated with it, or in the absence of such association, a person with comparable qualifications as determined by the Administrator.
Psychologist	means a permanently certified psychologist who is listed on the appropriate provincial registry in the province where the service is rendered, or in the absence of such registry, a person with comparable qualifications as determined by the Administrator.

Registered massage therapist	means a person licensed by the appropriate provincial licensing body, or in the absence of a provincial licensing body, a person whose qualifications the Administrator determines to be comparable with those required by a licensing body.
Speech language pathologist	means a person who holds a Master's degree in speech language pathology and is a member or is qualified to be a member of the Canadian Speech and Hearing Association or any provincial association affiliated with it, or in the absence of such association, a person with comparable qualifications as determined by the Administrator.

Eligible Expenses Under the Health Practitioners Benefit

To be eligible, the services of these practitioners must be medically necessary for the treatment of disease or injury. Eligible expenses for the services of a practitioner include only those services which are within his or her area of expertise and require the skills and qualifications of such a practitioner.

Eligible expenses are the reasonable and customary charges for:

1. **physician's services**, where such services are not eligible for reimbursement under your provincial health insurance plan, but where such services would be eligible for reimbursement under one or more other provincial health insurance plans;
2. **services of a nurse** providing private duty nursing services where such services are rendered in the patient's private residence, subject to the maximum eligible expense specified in Appendix A. To be eligible, the expenses must be medically necessary for the treatment of disease or injury, and be prescribed by a physician;

3. the services of the following practitioners, limited to the maximum eligible expense specified in Appendix A for each practitioner:
 - a. a physiotherapist*,
 - b. a registered massage therapist,
 - c. a speech language pathologist*,
 - d. a psychologist*,
 - e. a chiropractor,
 - f. an osteopath,
 - g. a naturopath,
 - h. a podiatrist, or chiropodist and
 - i. an electrologist**;

* requires prescription of a physician

** services of an electrologist require a psychiatrist's or psychologist's prescription; reimbursement is limited to treatment for the removal of excessive hair from exposed areas of the face and neck, when the patient suffers from severe emotional trauma as a result of this condition

4. **electrolysis treatments** performed by a physician; reimbursement is limited to treatment for the removal of excessive hair from exposed areas of the face and neck, when the patient suffers from severe emotional trauma as a result of this condition.
Reimbursement is limited to the maximum eligible expenses specified in Appendix A;
5. **utilization fees for paramedical services** which are imposed by the government under the provincial health plan in the person's province of residence, where law permits a person to be reimbursed for such charges; and
6. **acupuncture treatments** performed by a physician.

Exclusions under the Health Practitioners Benefit

No benefit is payable for expenses incurred under any of the conditions listed in Appendix B.

DENTAL BENEFIT

Definitions under the Dental Benefit

Dentist	means a person licensed to practice dentistry by the provincial licensing authority, or in the absence of such authority, a person with comparable qualifications as determined by the Administrator.
Fee guide	refers to charges established by provincial dental associations for specified services provided by dentists in their provinces.

Eligible Expenses Under the Dental Benefit

The Health Care Plan covers only expenses for specified oral surgical procedures, and for certain dental treatment required as the result of an accident.

Oral Surgical Procedures

Eligible expenses means reasonable and customary charges for the following oral surgical procedures performed by a dentist.

1. cysts, lesions, abscesses

- a. biopsy,
 - soft tissue lesion
 - incision
 - excision
 - hard tissue lesion
- b. excision of cysts
- c. excision of benign lesion
- d. excision of ranula
- e. incision and drainage
 - intra oral – soft tissue
 - intra osseous – (into bone)
- f. periodontal abscess
 - incision and drainage

- 2. gingival and alveolar procedures**
 - a. alveoplasty
 - b. flap approach with curettage
 - c. flap approach with osteoplasty
 - d. flap approach with curettage and osteoplasty
 - e. gingival curettage
 - f. gingivectomy with or without curettage
 - g. gingivoplasty
- 3. removal of teeth or roots**
 - a. removal of impacted teeth
 - b. removal of root or foreign body from max. antrum
 - c. root resection – (apicoectomy or apicoectomy)
 - anterior teeth
 - bicuspids
 - molars
- 4. fractures and dislocations**
 - a. dislocation – temporo-mandibular joint (or jaw)
 - closed reduction
 - open reduction
 - b. fractures – mandible
 - no reduction
 - closed reduction
 - open reduction
 - c. fractures – maxillary or malar
 - no reduction
 - closed reduction
 - open reduction
 - open reduction (complicated)
- 5. other procedures**
 - a. avulsion of nerve – supra or infra-orbital
 - b. frenectomy – labial or buccal (lip or cheek)
 - c. lingual (tongue)
 - d. repair of antro-oral fistula
 - e. sialolithotomy – simple
 - f. sialolithotomy – complicated
 - g. sulcus deepening, ridge reconstruction
 - h. treatment of traumatic injuries
 - repair of soft tissue lacerations
 - debridement, repair, suturing
 - i. torus – (bone biopsy)

If you are covered by the Public Service Dental Care Plan, the RCMP Dependents Dental Care Plan, or the Canadian Forces Dependents Dental Care Plan, you should first submit your claims for expenses for oral surgery to that plan. Any amount not covered by that plan can be submitted to the Health Care Plan.

Accidental Injury

The services of a dental surgeon, and the charges for dental prosthesis, are eligible expenses under the Dental Benefit, when required for the treatment of a fractured jaw or for the treatment of accidental injuries to natural teeth if the fracture or injury was caused by an external, violent and accidental injury or blow other than an accident associated with normal acts such as cleaning, chewing and eating, provided the treatment occurred within the 12 months following the accident or, in the case of a child under 17 years of age, before the child attained 18 years of age. This time limit may be extended if, as determined by the Administrator, the treatment could not have been rendered within the time frame specified.

A physician's prescription is not required.

If you are covered by the Public Service Dental Care Plan, the RCMP Dependents Dental Care Plan, or the Canadian Forces Dependents Dental Care Plan, you should first submit your claims for these expenses to the Health Care Plan.

Exclusions under the Dental Benefit

No benefit is payable for expenses incurred under any of the conditions listed in Appendix B.

MISCELLANEOUS EXPENSE BENEFIT

Definitions under the Miscellaneous Expense Benefit

Hospital	means a legally licensed hospital which provides facilities for diagnosis, major surgery and the care and treatment of a person suffering from disease or injury on an in-patient basis, with 24-hour services by registered nurses and physicians. This includes legally licensed hospitals providing specialized treatment for mental illness, drug and alcohol addiction, cancer, arthritis and convalescing or chronically ill persons. This does not include nursing homes, homes for the aged, rest homes or other places providing similar care.
Physician	means a doctor of medicine (M.D.) legally licensed to practice medicine.

Eligible Expenses Under the Miscellaneous Expense Benefit

To be eligible, the expenses must be medically necessary for the treatment of disease or injury and be prescribed by a physician, unless otherwise specified.

Eligible expenses are the reasonable and customary charges for the items of expense listed below:

1. **the initial purchase of hearing aids, if required as the direct result of surgery or an accident**, where the purchase is made within six months of such surgery or accident;
2. **hearing aids** and repairs to them, excluding batteries, limited to the maximum eligible expense specified in Appendix A;
3. **licensed ground ambulance service** to the nearest hospital equipped to provide the required treatment when the physical condition of the patient prevents the use of another means of transportation (except for eligible expenses payable for medical evacuation under the Travel Benefit, see page 32);

4. **emergency air ambulance service** to the nearest hospital equipped to provide the required treatment when the physical condition of the patient prevents the use of another means of transportation (except for eligible expenses payable for medical evacuation under the Travel Benefit, see page 32);
5. **orthopaedic shoes** which are an integral part of a brace or are specially constructed for the patient, including modifications to such shoes, provided the shoes or modification are prescribed in writing by a physician or a podiatrist, subject to a maximum total eligible expense in any one calendar year of the lesser of:
 - a. the total charges, less the average cost of regular footwear as determined by the Administrator, or
 - b. the amount specified in Appendix A;
6. **orthotics**, limited to one pair in a calendar year;
7. **trusses, crutches, splints, casts and cervical collars**;
8. **braces** which contain either metal or hard plastic, excluding dental braces and braces used primarily for athletic use;
9. **elasticized support stockings** manufactured to individual patient specifications, or having a minimum compression of 30 millimeters, and elasticized apparel for burn victims;
10. **bandages and surgical dressing** required for the treatment of an open wound or ulcer;
11. **orthopaedic brassieres**, limited to the maximum eligible expense specified in Appendix A;
12. **breast prosthesis** following mastectomy, and replacement, but not within 24 months of the last purchase;
13. **wigs**, when the patient is suffering from total hair loss as the result of a disease or illness, limited to the maximum eligible expense specified in Appendix A;

14. **colostomy, ileostomy and tracheostomy supplies, catheters and drainage bags** for incontinent, paraplegic or quadriplegic patients;
15. **temporary artificial limbs;**
16. **permanent artificial limbs** to replace temporary artificial limbs, and replacements thereof, but not within
 - a. 60 months of the last purchase in the case of a member or dependant over 21 years of age*, or
 - b. 12 months of the last purchase in the case of a dependant 21 years of age or less*;

* unless medically proven that growth or shrinkage of surrounding tissue requires replacement of the existing prosthesis at an earlier date

17. **oxygen** and its administration;
18. **insulin pumps and associated equipment** for insulin-dependent diabetics, when prescribed for a patient by a physician associated with a recognized centre for the treatment of diabetes at a university teaching centre, excluding repair or replacement during the 60-month period following the date of purchase of such equipment;
19. **blood glucose monitors** for insulin-dependent diabetics, and for non-insulin dependent diabetics if legally blind or colour blind, excluding repair or replacement during the 60-month period following the date of purchase of such equipment;
20. **rental, or purchase** at the Administrator's option, **of durable equipment** manufactured specifically for medical use which is required for temporary and therapeutic use in the patient's private residence and is approved by the Administrator. Eligible durable equipment includes, but is not limited to, items such as walkers, hospital beds, apnea monitors and alarm systems for enuretic patients.

Reimbursement will be limited to the cost of non-motorized equipment unless medically proven that the patient requires motorized equipment; and

21. **rental, or purchase** at the Administrator's option, **of a wheelchair** required for therapeutic use in the patient's private residence. Reimbursement will be limited to the cost of non-motorized equipment unless medically proven that the patient requires motorized equipment. **Repairs and replacement of a purchased wheelchair** are eligible expenses, but not within 60 months of the last purchase of a wheelchair.

Exclusions under the Miscellaneous Expense Benefit

No benefit is payable for:

1. expenses for items purchased primarily for athletic use;
2. expenses incurred under any of the conditions listed in Appendix B;
3. expenses for repairs or replacement of purchased durable equipment; or
4. co-payment charges or similar charges for hospital care which are in excess of charges payable by a provincial or territorial government health or hospital insurance plan and which are not charges made for utilization of semi-private or private accommodation.

OUT-OF-PROVINCE BENEFIT

For persons residing in Canada, certain other expenses as described below are eligible where they are incurred outside the participant's province of residence, either in another province or outside Canada, and where those expenses exceed the amount covered under the participant's provincial health plan. Reimbursement may be made only if such coverage is not expressly prohibited by law, and is subject to the limits set out in Appendix A.

Refer to the Extended Health Care Benefit for definitions.

Travel Benefit

In addition to the aforementioned Extended Health Care benefits, certain expenses are also eligible (up to the limit set out in Appendix A) **and are reimbursed at 100 per cent with no annual deductible**, when they are incurred for emergency treatment of an injury or disease suffered by the participant while travelling outside the province of residence, and where such treatment commenced not more than 40 days from the participant's date of departure from the province of residence or while the participant was on official travel status (where treatment continues beyond the 40-day period, related expenses will be covered).

The Travel Benefit covers expenses for:

1. public ward accommodation and auxiliary hospital services in a general hospital;
2. the services of a physician or surgeon;
3. one-way economy air fare for the affected participant, as well as for a professional attendant to transport the participant to the province of residence when medically required;
4. medical evacuation, which may involve an ambulance service, when suitable care, as determined by the Administrator, is not available in the area where the emergency occurred; and
5. family assistance, such as reimbursement for the cost of the return of dependant children to Canada, subject to certain limits.

Emergency Travel Assistance Benefit

A 24-hour toll-free "help-line" service is available, which you may call to obtain assistance for:

- transportation arrangements to the nearest hospital that provides the appropriate care, or back to Canada;
- medical referrals, consultation and monitoring;
- legal referrals;
- a telephone interpretation service;
- a message service for family and business associates; messages are held for up to 15 days; and

- advance payment on behalf of the member and covered dependants for hospital and medical expenses.

The “help-line” telephone number FOR TRAVEL-RELATED EMERGENCIES is:

In Canada or the United States	1-800-667-2883 (toll-free)
All other countries	(519) 742-1342 (call collect)

Referral Benefit

The following expenses are eligible (up to the limit set out in Appendix A) and are reimbursed at 80 per cent after the annual deductible is met, when the treatment or services are not offered in the province of residence and are incurred following written referral by the attending physician in the province of residence of the participant:

1. public ward accommodation and auxiliary hospital services in a general hospital, and
2. the services of a physician or surgeon.

Exclusions Under the Out-of-Province Benefit

No benefit is payable for expenses incurred under any of the conditions listed in Appendix B.

BASIC HEALTH CARE BENEFIT

The benefit is applicable only to those persons (including pensioners) who are eligible to join the Health Care Plan, and who reside outside Canada and are not covered under a provincial health plan. This benefit provides reimbursement for reasonable and customary charges for those health care expenses (excluding hospital services) which are covered under the provincial health insurance plan of the province of Ontario. The co-payment and deductible amount do not apply under this benefit.

Refer to the Extended Health Care Benefit for definitions.

Some of the more significant covered services are:

1. physicians' services including:
 - a. physicians' services in the participant's home, the physicians' offices, or in a hospital;
 - b. diagnosis and treatment of illness and injury;
 - c. one annual health examination;
 - d. treatment of fractures and dislocations;
 - e. surgery, including surgery performed by a Doctor of Podiatric Medicine (DPM) when performed in the United States;
 - f. administration of anaesthetics;
 - g. X-rays for diagnostic and treatment purposes;
 - h. obstetrical care, including prenatal and postnatal care; and
 - i. laboratory services and clinical pathology when ordered by and performed under the direction of a physician;
2. optometrists' services*;
3. physiotherapists' services*;
4. ambulance services*; and
5. services of chiropractors, osteopaths and podiatrists*.

The maximum payable for any covered service is equivalent to a multiple of the amount which is payable under the provincial health insurance plan of the province of Ontario. The multiple is specified in Appendix A.

*These benefits are in addition to benefits that may be available under the Extended Health Care Benefit.

Exclusions under the Basic Health Care Benefit

In addition to reviewing the general description of eligible expenses above, you should note the exclusions and limitations set out in Appendix B.

HOSPITAL EXPENSE (OUTSIDE CANADA) BENEFIT

(not available to pensioners)

Coverage under this benefit is mandatory for employees and members of the Canadian Forces and RCMP residing outside Canada who are not eligible to be covered under a provincial health plan. Its purpose is to provide hospital coverage protection equivalent, as far as possible, to that available to individuals resident in Canada and covered under a provincial health or hospital plan. This benefit provides reimbursement for reasonable and customary charges for hospital confinement in a general hospital, a hospital of the Canadian Forces or a hospital of the armed forces of a foreign country. The co-payment and deductible amounts do not apply under this benefit.

Refer to the Extended Health Care Benefit for definitions.

Some of the more significant charges covered are:

1. standard ward accommodation;
2. necessary nursing services when provided by the hospital;
3. laboratory, radiological and other diagnostic procedures;
4. drugs prescribed and administered in hospital by an attending physician;
5. use of operating and delivery rooms, anaesthetic and surgical supplies;
6. services rendered by any person paid by the hospital;
7. use of speech therapy facilities when prescribed by a physician; and
8. use of diet counselling services when prescribed by a physician.

Charges for the use of out-patient services provided by such a hospital are also covered under this benefit.

Exclusions under the Hospital Expense (Outside Canada) Benefit

In addition to reviewing the general description of eligible expenses above, you should note the exclusions and limitations set out in Appendix B.

HOSPITAL BENEFIT

This benefit provides reimbursement for reasonable and customary charges, **up to specified amounts**, for each day of hospital confinement for the cost of hospital room and board charges other than standard ward charges (i.e., semi-private or private accommodation), whether the member is residing in Canada or abroad. There is a maximum amount which may be payable under this benefit for each day of confinement, depending on the benefit level you have chosen. The levels are shown in Appendix A. All members of the Health Care Plan are automatically covered for Level I.

You should ensure that the benefit level which you have chosen is adequate for your own personal needs, taking into consideration the daily charges levied for preferred hospital accommodation in your area of residence. You may contact your personnel office if you wish to apply to upgrade or reduce your level of coverage.

Please note that this benefit will not necessarily cover you for the full costs of semi-private or private hospital accommodation, since that will depend on whether the level of your coverage under the Health Care Plan is sufficient to cover the actual charges you are required to pay. You will be responsible for paying any difference between the actual charges by a hospital and the maximum amount payable under the level of coverage you have chosen.

Refer to the Extended Health Care Benefit for definitions.

Exclusions Under the Hospital Benefit

You should note the exclusions and limitations set out in Appendix B.

APPENDIX A —**TABLE OF MAXIMUM ELIGIBLE EXPENSES
AS OF SEPTEMBER 1, 1992**

Electrolysis treatments when performed by an electrologist or a physician	\$20/visit
Nursing services	\$15,000/calender year
Psychologist	\$1,000/calender year
Orthopaedic shoes	\$150/calender year
Speech language pathologist	\$500/calender year
Chiropractor	\$500/calender year
Chiropodist, massage therapist, naturopath, osteopath or podiatrist	\$300/calender year
Eyeglasses and contact lenses	\$150 every 24-month period (\$200/two-year period* effective Jan. 1993)
Hearing aids	\$500 every 60-month period
Wheelchairs	Replacement cost covered every 60 months
Wigs	\$500/lifetime for members suffering from total hair loss as a result of illness or disease
Orthopaedic brassieres	\$100/calender year
Referral Benefit: specified expenses incurred out-of-province on a referral basis	\$25,000/illness

It is important to note that the above limits refer to the amount of eligible expenses which may be covered, and not to the amounts of benefits which may be paid. Reimbursement under the Health Care Plan is made at 80 per cent of covered eligible expenses, after you have met the annual deductible (see page 15).

Health Care Plan

Hospital Benefit**	Level I	– \$60/day
	Level II	– \$100/day
	Level III	– \$150/day
Basic Health Care Benefit**	three times the amount otherwise payable under the <i>Health Insurance Act 1972 of Ontario</i>	
Travel Benefit Specified expenses incurred on an emergency basis while travelling outside the province of residence (Out-of-Province Benefit)**	\$100,000/period of travel	

- * See page 20 for an explanation of the administration of the two-year period
- ** Eligible expenses under the Hospital Benefit, the Basic Health Care Benefit and the Travel Benefit, up to the limits noted above, are reimbursed at 100 per cent

Note: Any changes to the above-noted amounts will be announced through your personnel office, and you should make note of those changes for future reference.

APPENDIX B – EXCLUSIONS AND LIMITATIONS

Exclusions

No coverage is payable for charges in respect of

1. services for which benefits are payable under any Workers' Compensation Act, any similar statute or by any government agency;
2. services performed by a person who is ordinarily resident in the patient's home or who is related to the patient by blood or marriage;
3. operations, treatments or supplies considered by the Administrator to be for cosmetic purposes, or for conditions not detrimental to health, except those required as a result of accidental injury (or expressly provided for under the plan);
4. any services of a practitioner which, in the opinion of the Administrator, are not within that practitioner's area of expertise and do not require the skills and qualifications of such a practitioner;
5. services or supplies normally rendered without charge;
6. services rendered in connection with medical examinations for insurance, school, camp, association, employment, passport or similar purposes;
7. services provided by a physician licensed and practising in Canada where the participant is eligible to be covered under a provincial health plan, unless such services are specifically included in the Extended Health Care Benefit; and
8. experimental products or treatments for which substantial evidence provided through objective clinical testing of the product's or treatment's safety and effectiveness for the purpose and under the conditions of the use recommended does not exist to the satisfaction of the Administrator.

Limitations

No benefit is payable

1. for the portion of any charges which is payable under a provincial health or hospital plan or of a provincially sponsored program;
2. for the portion of charges which is the legal liability of any other party; or
3. under the Basic Health Care Benefit or the Extended Health Care Benefit (except for the Travel Benefit), for the portion of charges for services rendered or products provided in a hospital outside Canada which would normally be payable under a provincial health or hospital plan if the services had been rendered or products provided in a hospital in Canada. Such charges are covered under the Hospital Expense (Outside Canada) Benefit.

APPENDIX C – CLAIMS

Claims to Provincial Programs

If you reside in a province which provides a program to cover expenses which are also covered under the Health Care Plan (such as prescription drugs, artificial limbs and other assistive devices), **you should first submit your claim to the provincial authorities.** When that claim has been processed, you may claim to the Health Care Plan for any remaining eligible expenses.

Claims to Other Plans

In general, if you are covered under both the Health Care Plan and another group health plan, you may claim for eligible medical expenses under both plans. However, the combined reimbursement under both plans cannot exceed the total expenses incurred. Three situations usually exist and the method of claiming is given below.

1. You are a Public Service employee or pensioner covered under the Health Care Plan, and you are also covered as a member of another group health plan.

In this situation, it is likely that you are covered under one plan as an active full-time employee, and under the other plan as either a pensioner or a part-time employee. A claim for your own expenses must first be submitted to the plan that covers you as a full-time employee. If your spouse and/or children are also covered under both of your health plans, then a claim for expenses which they incur must first be submitted to the plan covering you as a full-time employee.

2. You are a Public Service employee or pensioner covered under the Health Care Plan, your spouse is a member of another group health plan, and you (and your children) are covered as dependants under that plan.

In this situation, a claim for your own expenses must first be submitted to the Health Care Plan, and your spouse must submit a claim first to his or her own plan. Once a claim has been settled

by the first plan, you and your spouse may then claim any eligible expenses to the other plan for the unpaid balance. If there are expenses for your children, and if both of you cover your children under your respective plans, then a claim for the children's expenses must be first submitted to the plan of the parent having the earlier birthdate.

For example, if you were born in January, and your spouse was born in June, you would first claim against the Health Care Plan for the children's expenses.

3. If a dental accident occurs, health plans with dental accident coverage will pay benefits before dental plans.

Claims to the Health Care Plan

If you have incurred expenses which are eligible for reimbursement, you should complete the authorized claim form, "Summary of Expenses", completing each column with the appropriate information. Show your full name and address, including your postal code, and sign the claim form. If you omit your Personal Identification Number (found on your benefit card) or use an incorrect number, your claim will be returned to you for correction.

If both you and your spouse are covered as members under the Public Service Health Care Plan, there is no advantage for both employees to have separate coverage under the Health Care Plan. However, if you choose to do so, both of you must submit claims for your own expenses under your own Personal Identification Number found on your Health Care Plan benefit card. You may not submit a claim for any unpaid balance to the Health Care Plan under your spouse's Health Care Plan identification number.

Likewise, claims for children must be made by one member only, either yourself or your spouse, and any balance may not then be submitted under the identification number of the other member. **You may be required to provide supporting documentation to the Administrator the first time you submit a claim for your impaired child who is age 21 or over.**

IMPORTANT

Attach your bills or receipts, making sure they provide full details for services rendered or purchases made. For any prescription drug claims, it is preferred that you indicate the Drug Identification Number (DIN) on the claim form.

Claims may be submitted at any time during a calendar year in which eligible expenses are incurred. **Be sure to file your claim no later than six months from the end of the year in which you incurred your expenses**, because the Administrator has no obligation to recognize claims received beyond that date. However, claims may be accepted for a longer period if the Administrator is satisfied that the delay was unavoidable.

The Administrator will forward to you an Explanation of Benefits with your benefit payment when your claim has been processed. Payment will be issued to you or, on receipt of signed instructions from you, may be issued to your spouse or to the provider of service.

If, on admittance to the hospital, you request a semi-private or private room, you should show the hospital admitting clerk your Health Care Plan benefit card. Most hospitals have standard claim forms which you will be asked to sign and the hospital then files a claim on your behalf. If the hospital does not use such a form, complete the "Summary of Expenses", and attach the hospital statement of charges.

All claims should be sent to the Administrator at the following address:

The Public Service Health Care Plan
Mutual Life of Canada
75 Albert Street
Ottawa, Ontario
K1P 5E8

Telephone: (613) 236-0351 (local calls)
1-800-461-3705 (toll-free)

Claims Appeal Process

Members who require details regarding a particular claim should contact the Administrator directly at:

**(613) 236-0351 (local calls)
1-800-461-3705 (toll-free)**

Where a member does not agree with a decision of the Administrator, and wishes a review of his or her case, a submission may be made to the Public Service Health Care Plan Board of Management. Under its terms of reference, the Board of Management has discretion to review individual cases with respect to adjudication of claims and membership.

Members, their department, agency, or association must ensure that all possible remedies for individual problem cases are investigated. Problem cases should be submitted to the Board of Management only when other approaches have failed to provide solutions. In addition, you, your personnel office or union local should provide the Administrator with any information or medical evidence necessary for the adjudication of claims prior to submitting them to the Board of Management.

Individual cases, with the particulars of the case, may then be submitted to the Public Service Health Care Plan Board of Management at the following address:

The Secretary of the Public Service Health Care Plan Board
of Management
c/o National Joint Council
P.O. Box 1525, Station B
Ottawa, Ontario
K1P 5V2

Regime de soins de santé

En outre, votre bureau du personnel, votre syndicat local ou vous-même, devriez fournir à l'administration tout renseignement ou toute preuve médicale nécessaires à l'évaluation de la demande de prestations avant qu'elle soit soumise au Conseil de gestion.

Les dossier(s), appuyé(s) de tous les détails nécessaires, peuvent alors être présentés au Conseil de gestion du régime de soins de santé de la fonction publique à l'adresse suivante :

Secrétaire
Conseil de gestion du régime de soins de santé de la fonction publique
a.s. Conseil national mixte
B.P. 1525, Succursale B
Ottawa (Ontario)
K1P 5V2

Les souscritteurs, leur ministère, leur agence ou leur association, doivent s'assurer que tous les recours possibles sont étudiés. Les cas qui posent des problèmes ne devraient être soumis au Conseil de gestion que lorsqu'eux toutes les autres possibilités ont échoué.

Lorsqu'un soucristeur n'est pas d'accord avec la décision de l'administration et qu'il souhaite que son dossier soit étudié à nouveau, il doit en faire la demande au Conseil de gestion du régime de soins de santé de la fonction publique. Conformément à son mandat, le Conseil de gestion peut étudier les dossiers relativement à l'évaluation des demandes de prestations et d'adhésion au régime.

(613) 236-0351 (appels locaux)
1-800-461-3705 (sans frais)

Les soucristeurs qui désirent obtenir des détails concernant une demande de prestations donnée devraient s'adresser directement à l'administrateur :

Procédure d'appel

Téléphone : (613) 236-0351 (appels locaux)
1-800-461-3705 (sans frais)

Toute demande de prestations devrait étre adressée à l'administration
comme suit :
Régime de soins de santé de la fonction publique
La Mutuelle du Canada
75, rue Alberet
Ottawa (Ontario)
K1P 5E8

Si, lors de votre admission à l'hôpital, vous voulez obtenir une chambre à un ou deux lits, vous devrez présenter votre carte de membre du régime de soins de santé au préposé à l'admission. La plupart des hôpitaux disposent de la formule standard de demande de prestations qu'on vous demandera de signer avant de décliner en votre nom. Si l'hôpital n'utilise pas ce type de formule, remplissez-en votre «Relevé des frais» et joignez-y l'état de compte de l'hôpital.

Il n'y a aucun avantage à ce que votre conjoint et vous-même souscrivez individuellement au régime de santé. Cependant, si vous choisissez tous les deux d'y souscrire, vous devrez proposer votre demande de remboursement de frais en utilisant votre régime de soins de santé, si vous choisissez tous les deux d'y souscrire, vous devrez présenter votre demande de remboursement de frais pour toute prestation de soins de santé de votre conjoint.

De même, un seul soucipient peut faire une demande de prestations à la fois. De même, un seul soucipient peut faire une demande de prestations à la fois.

Le solde impayé à l'égard des enfants : soit vous, soit votre conjoint. Le solde impayé ne peut être présenté sous le numéro d'identité de l'autre soucipient.

Il vous faudra peut-être présenter à l'administrateur des documents qui lisent toutes les précisions requises au sujet des services qui vous ont été dispensés ou des achats que vous avez effectués. Pour toute demande relative à un médicament du quotidien tout comme pour toute autre demande de prestations.

IMPORTANT

Vous pouvez présenter votre demande de prestations à n'importe quel moment au cours de l'année civile pendant laquelle les frais admisibles ont été engagés. Toutefois, assurez-vous de faire au plus tard dans les six mois suivant l'année en question, puisque l'administrateur n'est pas tenu d'accepter les demandes régulées passé ce délai. Cependant les demandes peuvent être acceptées au-delà de votre part, pourra être remis à votre conjoint ou au fournisseur de service.

Dès que votre demande sera traitée, l'administrateur vous fera parvenir une explication des prestations avec votre versement. Ce premier versement sera directement remis à votre conjoint ou au fournisseur du service.

Dès que votre demande sera traitée, l'administrateur vous fera parvenir une explication des prestations avec votre versement. Ce premier versement sera directement remis à votre conjoint ou au fournisseur de service.

2. Vous êtes un employé de la fonction publique ou une personne pensionnée et vous êtes protégé aux termes du régime de soins de santé, tandis que votre conjoint a souscrit à un autre régime d'assurance-maladie collective en vertu duquel vous enfants et vous-même êtes protégés en tant que personnes à charge.

Dans ce cas, vous devrez d'abord soumettre une demande de santé et votre conjoint doit d'abord présenter ses demandes de prestations à son propre régime. Lorsqu'une demande a été présentée par le premier régime, vous et votre conjoint pouvez ensuite présenter à l'autre régime une demande de prestations à l'égard du solde des frais admissibles. Si vos enfants sont protégés en vertu de vos régimes respectifs, les demandes de prestations à leur égard doivent d'abord être soumises au régime dans l'année.

Par exemple, si vous êtes né en janvier et que votre conjoint est né en juin, il vous revient de faire la première demande de prestations au régime de soins de santé à l'égard des frais de vos enfants.

3. En cas de blessure accidentelle aux dents, les régimes de soins de santé comporant la garantie de soins dentaires rembourseront les frais de blessure accidentelle aux dents avant les régimes de garantie de soins dentaires.

Demandes de prestations au régime de soins de santé

Si vous avez engagé des frais qui peuvent être remboursés, vous devrez remplir la formule réglementaire de demande de prestations dans les colonnes correspondantes. Après avoir indiqué votre nom, étiqueté « Relève des frais », en inscrivant les données appropriées dans les cases de la formule réglementaire de demande de prestations sera retournée pour être corrigée.

de soins de santé ou que vous l'ayez mal indiquée, votre demande de formule. Si vous n'avez pas inscrit votre numéro d'identité du régime et votre adresse au complet ainsi que votre code postal, signez la

de soins de santé ou que vous l'ayez mal indiquée, votre demande de formule. Si vous n'avez pas inscrit votre numéro d'identité du régime et votre adresse au complet ainsi que votre code postal, signez la

ANNEXE C – Prestations

Régime de soins de santé

Demandes de prestations aux termes de programmes provinciaux

Si vous résidez dans une province qui offre un programme garantissant les frais également admissibles en vertu du régime de soins de santé, comme les frais de médicaments d'ordonnance, de membres artificiels ou d'autres appareils de ce genre, vous devriez aborder présentement une demande de prestations au régime provincial qui les assure. Après que cette dernière aura été traitée, vous pourrez présenter une demande de prestations au régime de santé, concernant la partie non remboursée des frais de soins de santé.

Régile générale, si vous êtes couvert en vertu du régime de soins de

admissibles, le cas échéant.
Santé et d'un autre régime d'assurance-maladie collective, vous pouvez demander le remboursement des frais médicaux admissibles aux deux régimes. Toutefois, les remboursements combinés des deux régimes ne peuvent dépasser le total des frais engagés. Voici les trois situations les plus courantes et les méthodes de demandes de prestations :

1. Vous êtes un employé de la fonction publique ou une personne pensionnée et vous êtes protégé aux termes du régime de soins de santé et d'un autre régime d'assurance-maladie collective.

Dans ce cas, vous êtes probablement protégé en vertu d'un régime à temps plein. Vous devrez d'abord demander une demande de pensionnée. Vous protégez à temps partiel ou personne à temps plein. Si votre conjoint ou vos enfants à charge sont également protégés en vertu de vos régimes de santé, leurs demandes de prestations doivent d'abord être soumises au régime qui vous protège en tant qu'employé à temps plein.

Aucune prestation ne sera versée lorsqu'il s'agit de :

1. de toute partie des frais qui est remboursable en vertu d'un régime provincial d'assurance-santé ou d'un programme parallèle par le gouvernement hospitalisation ou d'un programme parallèle par la responsabilité juridique d'un tiers;
2. de toute partie des frais qui relève de la responsabilité juridique aux termes de la garantie-maladie de base ou de la garantie-maladie complète (à l'exception de la garantie-voyage), de toute partie des frais relatifs à des services ou à des produits fournis par un hôpital à l'extérieur du Canada et qui servient habituellement remboursables aux termes d'un régime provincial d'assurance-santé ou d'assurance-hospitalisation si ces services sont couverts par la garantie-hospitalisation (à l'extérieur du Canada).

Restractions

Aucune prestation ne sera versée pour les frais engagés à l'égaré;

- des services payés aux termes d'une loi sur les accidents du travail, de tout autre texte statutaire semblable ou par un organisme gouvernemental;
- des services rendus par une personne qui réside habituellement au domicile de la personne malade ou qui est liée à cette dernière par le sang ou le mariage;
- des opérations, des traitements ou des articles réservés, selon l'administration, à des fins cosmétiques ou pour une difformité qui ne peut nuire à la santé sauf s'ils sont requis à la suite d'une blessure accidentelle ou expressément couverts aux termes des règles;
- des services d'un praticien qui, de l'avis de l'administrateur, ne relèvent pas du domaine de compétence de ce praticien et ne requièrent pas ses compétences et ses qualités;
- des articles ou des services habituellement offerts gratuitement;
- des services rendus concernant les examens médicaux exigés pour souscrire une assurance, s'inscrire à une école, un camp, une association, obtenir un emploi, un passeport, ou pour toute autre but semblable;
- des services rendus concernant les examens médicaux exigés pour assurer une assurance, s'assurer à une école, un camp, provincial à une personne protégée admissible à un régime Canada à une personne protégée admissible à un régime provincial d'assurance-santé, sauf lorsque ces services sont expressément prévus dans la garantie-maladie complémentaire; et
- des produits ou traitements expérimentaux dont aucun examen clinique objectif ne prouve la sécurité ou l'efficacité pour l'usage utiles, selon l'administrateur.

Exclusions

EXCLUSIONS ET RESTRICTIONS

ANNEXE B -

Garantie-hospitalisation	Niveau I	-	60 \$ par jour	Niveau II	-	100 \$ par jour	Niveau III	-	150 \$ par jour	Trois fois le montant remboursable en vertu de la <i>Loi ontarienne de 1972 sur l'assurance-maladie</i>	Garantie-voyage** :	Frais individuels engagés à l'extrême de la province de résidence dans le cas d'une urgence** (Frais admissibles engagés à l'extrêmeur de la province).
*	Voir l'explication de l'administration de la période de deux ans à la page 21.											
**	Les frais admissibles en vertu de la garantie-hospitalisation, de la garantie-maladie de base et de la garantie-voyage, jusqu'à concurrence des limites susmentionnées, sont comme unique par votre service du personnel. Il importe de conserver ces renseignements afin de pouvoir vous y reporter au besoin.											
Note : Tout changement dans les montants susmentionnés vous sera communiqué par votre service du personnel. Il importe de conserver ces renseignements afin de pouvoir vous y reporter au besoin.												

Il importe de prendre note que toutes les limites précitées concernent l'ensemble annuelle approprie déductible (voir page 16).

Pourtant au montant des prestations qui sont versées le cas échéant. Conformément au régime de soins de santé, le remboursement correspond à 80 % des frais admissibles couverts, une fois échéant.

et non pas au montant des frais admissibles qui peuvent être couverts, pondant au montant des frais admissibles qui sont versées le cas échéant.

Services infirmiers	15 000 \$ par année civile	Serbes infirmières	1 000 \$ par année civile	Psychologue	150 \$ par période de 24 mois	Lunettes et lentilles correctrices	500 \$ par période de 24 mois	Fauteuils roulants	500 \$ la vie durant, pour les admissibles tous les 60 mois	Prothèses auditives	500 \$ par période de 60 mois	Perroques	500 \$ la vie durant, pour les souscripteurs ayant perdu tous leurs cheveux par suite de maladie	Soutiens-gorge orthopédiques	100 \$ par année civile	Avantage relatif à une recommandation : 25 000 \$ par maladie	Services rendus sur recommandation	à l'extérieur de la province où vous résidez
Chiropraticien	500 \$ par année civile	Orthophoniste	150 \$ par année civile	Chiropraticien	300 \$ par période de deux ans à compter de janvier 1993)	Chiropracteur, ostéopathe, ostéopathie ou podiatre	150 \$ par période de 24 mois	Prothèses auditives	500 \$ la vie durant, pour les admissibles tous les 60 mois	Fauteuils roulants	500 \$ la vie durant, pour les souscripteurs ayant perdu tous leurs cheveux par suite de maladie	Soutiens-gorge orthopédiques	100 \$ par année civile	Avantage relatif à une recommandation : 25 000 \$ par maladie	Services rendus sur recommandation	à l'extérieur de la province où vous résidez		
Chiropracteur, ostéopathe, ostéopathie ou podiatre	naturopathie, massothérapie, naturopathie, ostéopathe ou podiatre	Prothèses auditives	500 \$ par période de 60 mois	Perroques	500 \$ la vie durant, pour les admissibles tous les 60 mois	Soutiens-gorge orthopédiques	100 \$ par année civile	Chiropracteur, ostéopathe, ostéopathie ou podiatre	500 \$ la vie durant, pour les admissibles tous les 60 mois	Fauteuils roulants	500 \$ la vie durant, pour les souscripteurs ayant perdu tous leurs cheveux par suite de maladie	Soutiens-gorge orthopédiques	100 \$ par année civile	Avantage relatif à une recommandation : 25 000 \$ par maladie	Services rendus sur recommandation	à l'extérieur de la province où vous résidez		
Orthophoniste	500 \$ par année civile	Chiropracteur, ostéopathe, ostéopathie ou podiatre	150 \$ par période de 24 mois	Prothèses auditives	500 \$ par période de 60 mois	Perroques	500 \$ la vie durant, pour les admissibles tous les 60 mois	Soutiens-gorge orthopédiques	100 \$ par année civile	Chiropracteur, ostéopathe, ostéopathie ou podiatre	500 \$ la vie durant, pour les admissibles tous les 60 mois	Fauteuils roulants	500 \$ la vie durant, pour les souscripteurs ayant perdu tous leurs cheveux par suite de maladie	Soutiens-gorge orthopédiques	100 \$ par année civile	Avantage relatif à une recommandation : 25 000 \$ par maladie	Services rendus sur recommandation	à l'extérieur de la province où vous résidez

ANNEXE A -

AU PREMIER SEPTEMBRE 1992

LISTE DES PLAFONDS DES FRAIS ADMISSIBLES

GARANTIE-HOSPITALISATION

Régime de soins de santé

Cet avantage a pour but de rembourser, jusqu'à concurrence des montants individuels, les frais hospitaliers et la pension dans une chambre d'hospitalisation, pour le logement et la pension dans une chambre à un lit ou à deux lits, que vous résidiez au pays ou à l'étranger. Le montant maximal remboursable pour chaque séjour est fonction du niveau de garantie choisi. Ces niveaux figurent dans la liste des plafonds des frais admissibles (voir annexe A). Tous les souscripteurs au régime de soins de santé bénéficient d'un bureau du personnel.

Le cas échéant, assurez-vous que le niveau de garantie que vous avez choisi répond à vos besoins, compte tenu des frais quotidiens exigés dans la région où vous habitez pour les services d'hospitalisation en chambre à un lit ou à deux lits. Si vous désirez hausser ou réduire votre niveau de garantie, vous pouvez en faire la demande à votre bureau du personnel.

Veuillez prendre note que les frais hospitaliers en chambre à deux lits ou à un lit ne sont pas nécessairement remboursés en totalité en vertu de cette garantie. Le remboursement des frais déboursés est fonction du niveau de garantie que vous possédez aux termes du régime de soins de santé. Vous devrez payer la différence entre les frais réels d'hospitalisation et le montant maximal payable en vertu du niveau de garantie que vous avez choisi.

Exclusions en vertu de la garantie-hospitalisation

Pour les définitions, voir la section portant sur la garantie-maladie complète.

Vous devriez prendre note des exclusions et des restrictions présentées à l'annexe B.

Regime de soins de santé

offre à aux personnes résidant au Canada et qui sont couvertes par un régime provincial d'assurance-santé ou d'assurance-hospitalisation. Elle prévoit le remboursement des frais hospitaliers habituels et raisonnables liés à un séjour dans un hôpital général, un hôpital des Forces canadiennes ou des forces armées d'un pays étranger. La couverture et la franchise ne s'appliquent pas aux termes de cet avantage.

Les principaux services couverts comprennent notamment :

1. le séjour en salle;

2. les services infirmiers indisponnables fournis par l'hôpital;

3. les services de laboratoire, de radiologie, etc., afférents au diagnostic;

4. les médicaments prescrits et administrés dans un hôpital par le médecin traitant;

5. l'utilisation des salles d'opération et d'accouchement, de l'anesthésie et des appareils chirurgicaux;

6. les services rendus par une personne remunerée par l'hôpital; 7. l'utilisation de matériel orthophonique sous ordonnance d'un médecin;

8. les services de diététique sous ordonnance d'un médecin. Les frais pour le recours aux services extrêmes fournis par l'hôpital sont également couverts.

Après avoir lu la description générale des frais admissibles précités, vous devriez prendre note des exclusions et des restrictions présentées à l'annexe B.

Exclusions et restrictions aux termes de la garantie-hospitalisation (à l'extérieur du Canada)

Régime de soins de santé

g. les radiographies pour fins de diagnostic et de traitement;

h. les soins obstétriques dont les soins pré-nataux et post-nataux; et

i. les services de laboratoire et de biologie médicale ordonnées par un médecin et exécutés sous sa direction;

2. les services d'un optométriste,*

3. les services d'un physiothérapeute,*

4. les services d'ambulance*, et

5. les services d'un chirurgien, d'un ostéopathe ou d'un podiatre*.

Pour calculer le montant maximal remboursable pour les services couverts, multipliez le montant pour ces services aux termes du régime d'assurance-santé de l'Ontario par le coefficient indiqué dans la liste des plafonds des frais admissibles (voir annexe A).

* Ces avantages s'ajoutent aux dispositions prévues en vertu de la garantie-maladie complémentaire.

Après avoir lu la description générale des frais admissibles précités, vous devriez prendre note des exclusions et des restrictions présentées à l'annexe B.

EXCLUSIONS EN VERTU DE LA GARANTIE-MALADIE DE BASE

(À L'EXTÉRIEUR DU CANADA)

Les employés ainsi que les membres des Forces canadiennes et de la GRC qui sont domiciliés à l'extérieur du Canada et qui ne sont pas admissibles à un régime provincial d'assurance-santé, doivent garantie équivalente, dans la mesure du possible, à celle qui est obligatoirement suscrite cette garantie. Elle a pour but d'offrir une

(cette garantie n'est pas offerte aux personnes pensionnées)

Get advantage s'applique uniquement aux personnes (y compris les personnes pensionnées) qui résident à l'extérieur du Canada et qui ne sont pas admissibles à un régime provincial d'assurance-santé. Get avantage assure le remboursement des frais médicaux habituels et rassure du régime d'assurance-santé de l'Ontario. La couverture en vertu du régime d'assurance-santé de l'Ontario. La couverture complète.

Aucune prestation n'est payable à l'égard de frais engagés pour les troubles indiqués à l'annexe B.

Exclusions aux termes des frais admissibles engagés à l'extérieur de la province

1. le séjour en salle et les services hospitaliers complémentaires régus dans un hôpital général; et
2. les services d'un médecin ou d'un chirurgien.

Régime de soins de santé

Les principaux services couverts comprennent notamment :

1. les services d'un médecin, y compris :

a. les services du médecin au domicile de la personne protégée,

b. le diagnostic et le traitement d'une maladie ou d'une blessure, au cabinet du médecin ou dans un hôpital;

c. un examen médical annuel;

d. le traitement de fractures ou de dislocations;

e. la chirurgie, y compris la chirurgie faite par un docteur en podiatrie (DPM) si elle est effectuée aux États-Unis d'Amérique;

f. l'anesthésie;

Régime de soins de santé

4. évacuation médicale (pouvant nécessiter le recours à un service d'ambulance) lorsquе les soins appropriés, de l'avis de l'urgence sont produits; et l'administration, ne sont pas disponibles dans la région où assitance familiale, comme le remboursement des frais de voyage de retour au Canada d'enfants à charge, sous réserve de certaines limites.

Une ligne téléphonique sans frais est disponible 24 heures sur 24, qui donne les soins appropriés, ou retour au Canada;

de l'aide pour arranger le transport à l'hôpital le plus proche qui donne les soins appropriés, consultation et suivi;

service d'interprétation téléphonique;

recommandations d'avocat;

- service de message pour membres de la famille et associés d'affaires, (les messages seront conservés pendant 15 jours); et
- paiement anticipé au nom du souscripteur et de ses personnes à charge protégées des frais hospitaliers et médicaux.

Le numéro de la ligne téléphonique pour une urgence pendant que vous êtes en voyage est :

au Canada et aux États-Unis (sans frais) : 1-800-667-2883
dans tous les autres pays (appeler à frais versés) : (519) 742-1342

Services rendus sur recommandation

Les frais suivants sont admissibles (sous réserve des limites établies dans la liste des plafonds des frais admissibles de l'annexe A) et sont remboursés à 80 % après paiement de la franchise, lorsquе les services ne sont pas disponibles dans la province où vous résidiez et qu'ils sont engagés par suite d'une recommandation écrite du médecin traitant de la province où vous résidiez :

La personne protégée de la province où elle résidait, et pour le spécialiste de la santé qui doit l'accompagner au besoin.

3. Le prix d'un billet d'avion simple, en classe économique, pour les services d'un médecin ou d'un chirurgien;
2. Les services dans un hôpital général;
1. Le séjour en salle et les services hospitaliers complémentaires La garantie-voyage couvre :

Outre les avantages offerts en vertu de la garantie-maladie complémentaire, voir la section portant sur la garantie-voyage dans la liste des plafonds des frais admissibles (voir l'annexe A).

(Sous réserve des limites établies dans la liste des plafonds des frais admissibles annuelle, si vous les engagez pour le traitement d'une blessure que vous subissez ou d'une maladie que vous contractez pendant que vous voyez à l'extrême de la province ou vous résidiez et qui survient dans les 40 jours suivant la date à laquelle vous avez quitté la province où vous résidiez ou pendant que vous voyez en service commandé. Si le traitement se prolonge au-delà de 40 jours, les frais connexes seront couverts.)

GARANTIE-VOYAGE

Pour les définitions, voir la section portant sur la garantie-maladie complémentaire.

Les personnes protégées domiciliées au Canada peuvent se faire rembourser certaines autres frais admissibles lorsqu'ils sont engagés à l'extrêmeur de la province où elles résident, que ce soit dans une autre province ou à l'étranger, et qu'ils dépassent le montant admissible en vertu de leur régime provincial d'assurance-santé. Le remboursement peut être versé uniquement s'il n'est pas dans la liste des plafonds des frais admissibles (voir l'annexe A). Il est interdit par la loi, et sous réserve des limites établies entre provinces ou à l'étranger, et qu'ils dépassent le montant admissible en vertu de leur régime provincial d'assurance-santé. À l'extrêmeur de la province où elles résident, que ce soit dans une autre province ou à l'étranger, et qu'ils dépassent le montant admissible en vertu de leur régime provincial d'assurance-santé.

FRAIS ADMISSIBLES ENGAGÉS À L'EXTRÉMEUR DE LA PROVINCE

Aucune prestation n'est payable à l'égard :

1. des articles pour usage athlétique;
2. des troubles indiqués à l'annexe B;
3. des réparations ou du remplacement d'accessoires durables achetés;
4. frais de cassurance ou frais semblables pour des soins hospitaliers qui dépassent les frais payables par un régime d'assurance-santé ou d'assurance-hospitalisation d'une province ou d'un territoire et qui n'ont pas été engagés pour l'utilisation d'une chambre à deux lits ou à un lit.

Exclusions aux termes de la garantie de frais divers

21. La location ou, au choix de l'administrateur, l'achat d'un fauteuil roulant requiert réellement un usage thérapeutique à la résidence privée du patient. Le remboursement est limité au coût d'équipement non motorisé, à moins qu'il ne soit médicalement prouvé que le patient a besoin d'un équipement motorisé. Les préparations et le remplacement d'un fauteuil roulant acheté sont admissibles au remboursement des frais, mais non dans les 60 mois suivant le dernier achat d'un fauteuil roulant.

Le rembourrement est limité au coût d'équipement non motorisé, à moins qu'il ne soit médicalement prouvé que le patient a besoin d'un équipement motorisé.

20. La location ou, au choix de l'administrateur, l'achat d'accessoires durables fabriqués spécialement pour un usage médical, qui est requis pour un usage thérapeutique provisoire à la résidence privée du patient et approuvés par l'administrateur. Les accessoires durables admissibles comprennent, sans y limiter, les déambulateurs, les lits d'hôpital, les monte-échelles et les systèmes d'alarme pour patients en urgence;

19. Les moniteurs pour mesurer le glucose dans le sang pour diabétiques insulinodépendants et pour diabétiques non insulinodépendants s'ils sont aveugles au sens de la loi ou d'ordonnances, à l'exclusion de tout remplacement ou toute préparation au cours des 60 mois qui suivent la date d'achat de ces articles;

10. Les bandages et pansements chirurgicaux nécessaires au régime de soins de santé

traitement d'une blessure ouverte ou d'un ulcère; les soutiens-gorge orthopédiques, jusqu'à concurrence des frais admissibles à l'annexe A;

12. Les prothèses mammaires par suite d'une mastectomie et leur remplacement après un délai minimum de 24 mois;

13. Les perroques, lorsque le patient a perdu tous ses cheveux par suite d'une maladie, jusqu'à concurrence des frais admissibles maximums indiqués à l'annexe A;

14. Les nécessaires à colostomie, iliosotomie et trachéotomie, les sondes et sacs collecteurs pour patients inconscients, temporaires, et le remplacement des premiers, mais après 60 mois à partir du dernier achat d'une prothèse permanente,

15. Les membres artificielles temporaires;

16. Les membres artificielles permanentes, pour remplacer les dans le cas d'une personne à charge d'autre plus 21 ans*, dans le cas d'un soucripteur ou d'une personne à charge de plus de 21 ans* ou;

a. 60 mois à partir du dernier achat d'une prothèse permanente, b. 12 mois à partir du dernier achat d'une prothèse permanente dans le cas d'une personne à charge d'autre plus 21 ans*, * à moins qu'il soit prouvé médicalement que le remplacement croissance ou du retrecissement des tissus avoisinants.

17. L'oxygène et son administration;

18. Les pompes à insuline et les accessoires complémentaires

s'ils sont prescrits au diabétique insulino-dépendant par un médecin rattaché à un centre reconnu de traitement du diabète d'un établissement universitaire, à l'exclusion de tout remplacement ou de toute préparation au cours des 60 mois qui suivent la date d'achat de ces articles;

3. le transport terrestre de la personne malade par service d'ambulance autorisé à l'hôpital le plus proche qui a l'équipement nécessaire pour le traitement urgent, si l'état de santé de la personne ne permet pas l'utilisation d'autres moyens de transport (sauf les frais d'urgence), si l'état de santé de la personne ne permet pas l'hôpital le plus proche qui a l'équipement nécessaire pour donner le traitement urgent de la personne malade par ambulance aérienne à la garantie-voyage; voir page 33);

4. le transport de la personne malade par ambulance aérienne à l'hôpital le plus proche qui a l'équipement nécessaire pour donner le traitement urgent de la personne malade par ambulance aérienne à la garantie-voyage; voir page 33);

5. les chaussures orthopédiques, qui font partie intégrante d'un appareil orthopédique ou qui sont spécialement fabriquées pour la personne concrète, y compris la modification desdites chaussures, à condition que les chaussures et les modifications soient été prescrites par écrit par un médecin ou un podiatre et une année civile équivalente au moins de deux montants suivants :

a. le total des frais moins le coût moyen des chaussures ordinaires déterminé par l'administrateur, ou

b. le montant précis à l'annexe A.

6. les ortèses, jusqu'à concurrence d'une paire par année civile;

7. les bédouilles, les attelles, les plâtres, les bandes herniaires, et les colliers cervicaux;

8. les supports orthopédiques de métal ou de plastique rigide, usage athlétique essentiellement;

9. les bas de contention fabriqués selon les mesures du patient ou ayant une compression minimale de 30 millimètres, et vêtements de contention pour les victimes de brûlures;

GARANTIE DE FRAIS DIVERS

Regime de soins de santé

Hôpital

Hôpital autorisé par la loi à fournir des services de diagnostic, des opérations majeures ainsi que des soins et des traitements à une personne souffrant d'une maladie ou d'une blessure et qui sont disponibles, 24 heures sur 24, les services d'infirmières autorisées et de médecins.

Hôpital

de frais divers

Définition relative à la garantie

Hôpital

Hôpital autorisé par la loi à fournir des services de diagnostic, des opérations majeures ainsi que des soins et des traitements à une personne souffrant d'une maladie ou d'une blessure et qui sont disponibles, 24 heures sur 24, les services d'infirmières autorisées et de médecins.

Hôpital

Medecin

Medecin docteur en médecine (M.D.), également autorisé à pratiquer la médecine.

Frais admissibles aux termes de la garantie de frais divers

Pour être admissibles, les frais doivent être nécessaires pour le traitement médical d'une maladie ou d'une blessure et être prescrits par un médecin, à moins d'avoir contrarie.

Les frais admissibles sont les frais habituels et raisonnables exigés à l'égard de ce qui suit :

1. L'achat initial de prothèses auditives nécessaires par suite d'une opération ou d'un accident lorsqu'un achat est effectué dans les six mois suivant cette opération chirurgicale ou cet accident;
2. les frais engagés pour l'achat ou la réparation d'une prothèse auditive (à l'exception de piles) (Voir la liste des plafonds des frais admissibles à l'annexe A);

Blessures accidentelles

Les services d'un chirurgien dentiste et les frais de prothèses dentaires sont considérés comme des frais admissibles en vertu de la garantie de soins dentaires lorsqu'ils sont nécessaires pour le traitement d'une fracture à la mâchoire ou de blessure accidentelle aux dents naturelles, si la fracture ou la blessure est causée par un coup extrême, violent et accidentel ou si elle résulte d'un coup autre dans les 12 mois suivant l'accident ou, dans le cas d'un enfant de moins de 17 ans, avant l'âge de 18 ans. L'administrateur pourra prolonger ce délai si le traitement ne peut être donné dans la période spécifiée. Une ordonnance médicale n'est pas nécessaire.

Si vous êtes couvert en vertu du régime de soins dentaires de la fonction publique, du régime de soins dentaires pour personnes canadiennes, vous devrez d'abord soumettre vos demandes de remboursement pour ces frais au régime de soins de santé.

Exclusions aux termes de la garantie de soins dentaires

Aucune prestation n'est payable à l'égard de frais engagés pour les troubles indiqués à l'annexe B.

Si vous êtes couvert en vertu du régime de soins dentaires de la fonction publique, du régime de soins dentaires pour personnes à charge de la GRC ou du régime de soins dentaires pour chirurgie buccale à ce régime. Tout montant non couvert par ces régimes peut être soumis au régime de soins de santé.

5. autres traitements

- avulsion de nerf - supra ou infra-orbital
- frénectomie - labiale ou buccale (levre ou joue)
- linguale (langue)
- fermeture d'une fistule bucco-sinusale
- sialolithotomie - simple
- approfondissement du sillon, remodelage de la crête alvéolaire
- traitement de blessures accidentelles
- réparation d'une laceration du tissu mou
- débridement, réparation, suture
- tors - (biopsie osseuse)

4. fractures et dislocations

- dislocation - articulation temporo-mandibulaire (ou mâchoire)
- fractures - mandibule
 - sans réduction
 - réduction fermée
 - réduction ouverte
- fractures - maxillaire ou os molaire
 - sans réduction
 - réduction fermée
 - réduction ouverte
 - réduction ouverte (complexe)

Chirurgie buccale

Par fréquents admissions, on entend les fréquents habitudes et raisonnables exigées à l'égard des opérations buccales exécutées par un dentiste.

Régime de soins de santé

1. **Kystes, lésions, abcès**
 - a. biopsie,
 - lésion du tissu mou
 - incision
 - excision
 - lésion du tissu osseux
 - excision de kystes
 - c. excision de tissu lésé (lésion bénigne)
 - d. excision de grenouilllette
 - e. incision et drainage
 - f. abcès périodontique
 - g. incision et drainage
2. **traitement gingivaux et alvéolaires**
 - a. alvéoplastie
 - b. plastie par lambeaux avec curetage
 - c. plastie par lambeaux avec ostéoplastie
 - d. plastie par lambeaux avec ostéoplastie et ostéoplasie
 - e. curetage gingival
 - f. gingivectomy avec ou sans curetage
 - g. gingivoplastie
3. **extraction de dents ou de racines**
 - a. extraction d'une dent incluse
 - b. ablation d'une racine ou d'un corps étranger de la cavité maxillaire
 - c. résécction d'une racine (apicectomie)
 - d. dents antérieures
 - e. premolaires
 - f. molaires

buccale et de traitement dentaire nécessaires par suite d'un accident.
Le régime de soins de santé ne couvre que les frais d'opération.

Frais admissibles aux termes de la garantie de soins dentaires

Guide des tarifs
les services rendus par un dentiste, les tarifs
étant établis par l'association dentaire de la
province où les frais sont engagés.

Dentiste
personne autorisée par l'organisme provincial
reconnue à pratiquer la dentisterie, ou en
l'absence d'un tel organisme, personne qui, de
l'avis de l'administrateur, possède la formation
nécessaire.

Definitions relatives à la garantie de soins dentaires

GARANTIE DE SOINS DENTAIRES

Aucune prestation n'est payable à l'égard des frais engagés pour les
troubles indiqués à l'annexe B.

Exclusions aux termes de la garantie de frais de professionnels de la santé

6. traitements d'accupuncture données par un médecin.
5. frais de recours à des services paramédicaux imposés par l'Etat aux termes du régime d'assurance-santé de la province de résidence du patient, lorsque la loi prévoit le remboursement des frais exigés à l'égard de ces services; et
4. traitements d'électrolyse données par un médecin; le remboursement se limite à l'épilation des parties exposées du visage et du cou, si le patient souffre d'un traumatisme émotif grave à cause de cela. Le remboursement se limite aux frais maximums admissibles indiqués à l'annexe A;

Régime de soins de santé

Frais admissibles aux fins de la garantie de frais de professionnels de la santé

Atin d'être admissibles, les services de ces praticiens doivent être nécessaires pour le traitement médical d'une maladie ou d'une blessure. Les frais admissibles à l'égard des services d'un praticien ne comprennent que les services pour lesquels celui-ci est qualifié et qui nécessitent la compétence et les qualifications d'un tel praticien.

Les frais admissibles sont les frais habituels et raisonnables exigés à l'égard des services suivants :

1. services d'un médecin non admissible au remboursement en vertu de votre régime provincial d'assurance-santé, mais qui seraient remboursables en vertu d'un ou de plusieurs autres régimes provinciaux d'assurance-maladie;

medecin;

* Nécessite l'ordonnance d'un médecin

- a. un physiothérapeute *
- b. un massothérapeute autorisé,
- c. un orthophoniste *,
- d. un psychologue *,
- e. un chiropraticien,
- f. un ostéopathe,
- g. un naturopathe,
- h. un podiatre ou chiropodiste, et
- i. un électrolyste *

Les services d'un électrolyste doivent faire l'objet d'une ordonnance d'un psychiatre ou d'un psychologue; le remboursement se limite à l'épilation des parties exposées du visage et du cou, si le patient souffre d'un traumatisme émotif grave à cause de cela

Régime de soins de santé

Infirmière ou infirmier autorisé, infirmière ou infir-
mier auxiliaire autorisé, ou infirmière ou infir-
mier auxiliaire diplômé inscrit au répertoire de sa province
ou en l'absence d'un tel répertoire, infirmière ou
infirmier qui, de lavis de ladministateur, possède
la formation nécessaire.

Massothérapeute autorisé par une association provinciale attribue en l'absence d'une association provinciale attribue à pratiquer par un établissement de la santé de l'assurance maladie.

Medecin docteur en médecine (M.D.) également autorisé à pratiquer la médecine.

Naturelle ou d'une association charitable de nature
pathique ou d'une association provinciale affiliée, ou
en l'absence d'une telle association, personne qui,
de l'avis de l'administrateur, possède la formation
nécessaire.

tritulaire d'une maitrise en orthophonie et membre de l'Association canadienne d'orthophonie et d'audiologie ou d'une association provinciale affiliée ou remplissant les conditions d'adhésion à cette association, ou en l'absence d'une telle association, personne qui, de l'avis de l'adminis- traiteur, possède la formation nécessaire.

Psychologue reconnu à titre permanent et qui est inscrit au registre des psychologues de la province ou les soins sont donnés, ou en l'absence d'un tel regisitre, personne qui, de lavis de l'administrateur, possède la formation nécessaire.

Psychologue

Physiotherapie

Osteopathie

Orthophoniste

GARANTIE DE FRAIS DE PROFESSIONNELS

de professions relatives à la garantie de frais de professionnels de la santé

une personne qui détient le permis émis par les autorités provinciales appropriées ou, en l'absence de telles autorités, les membres de l'Association canadienne des professionnels du pied ou encore, en l'absence d'une telle association, une personne qui, de l'avis de l'administrateur, possède la formation nécessaire.

Chiropraticien

une personne qui, de l'avis de l'administrateur, possède les qualifications professionnelles d'un membre de l'Association des chiropraticiens du Canada ou d'une association provinciale affiliée, ou en l'absence d'une telle association, une personne qui, de l'avis de l'administrateur, possède la formation nécessaire.

Électrolyste

une personne qui, de l'avis de l'administrateur, possède les qualifications professionnelles d'un électriciste autorisé.

Hôpital

hospital autorisé par la loi à fournir des services de diagnostic, des opérations majeures ainsi que des soins et des traitements à une personne souffrant d'une maladie ou d'une blessure et où sont disponibles, 24 heures sur 24, les services d'infirmières autorisées et de médecins. Comprend de troubles mentaux, de dépendance à la drogue ou à l'alcool, de cancer, d'arthrite ainsi qu'aux convalescents et aux malades chroniques. Ne comprend pas les maisons de soins infirmiers, les établissements pour personnes âgées, les maisons de repos et tout endroit où se donnent des soins semblables.

Regime de soins de santé

Pour simplifier l'administration de la période limitee de 24 mois pour les lunettes et les lentilles cornées, tous les membres du régime de soins de santé et leurs personnes à charge auront la même période de deux ans pendant laquelle ils pourront reclamer jusqu'à maximum précis du prix d'achat de lunettes et de lentilles cornées, et ce à partir du premier janvier 1993.

Par exemple, vous pouvez demander de vous faire rembourser jusqu'à concurrence de 200 \$ sur l'achat de lunettes et de lentilles cornées pour vous-même et/ou pour vos personnes à charge pendant la période de deux ans allant du premier janvier 1993 au 31 décembre 1994. Une fois que vous avez demandé un remboursement pour des dépenses maximales pour cette période de deux ans (qui sont de 200 \$ pour la période allant du premier janvier 1993 au 31 décembre 1994), vous n'êtes plus admissible à d'autres rembourses-ments pour des lunettes ou des lentilles cornées jusqu'à la prochaine période, soit du premier janvier 1995 au 31 décembre 1996, etc.

Aucune limite ne s'applique à l'achat initial de lunettes ou de lentilles cornées nécessaires par suite d'une opération ou d'un accident, si l'achat a lieu dans les six mois suivant l'opération ou si l'achat n'a pu avoir lieu pendant la période donnée.

L'achat et le remplacement des yeux artificiels sont également considérés comme dépenses admissibles, sauf si ils ont lieu :

1. dans les 60 mois suivant le dernier achat, dans le cas d'un souscription ou d'une personne à charge de plus de 21 ans;
2. dans les 12 mois suivant le dernier achat, dans le cas d'une personne à charge de 21 ans ou moins.

Aucune prestation n'est payable à l'égard de frais engagés pour les troubles indiqués à l'annexe B.

Exclusions aux termes de la garantie de soins de la vue

GARANTIE DE SOINS DE LA VUE

Definitions relatives à la garantie de soins de la vue

1. Ophthalmologue personne légalement autorisée à pratiquer l'ophtalmologie.

Optométriste personne membre de l'Association canadienne des optométristes ou d'une association provinciale qui lui est reliée, ou en l'absence d'une telle association, personne qui, de l'avis de l'administrateur, possède la formation nécessaire à l'égard de la vue.

Les frais admissibles aux termes de la garantie engagés à l'égard :

1. des examens de la vue par un optométriste, sous réserve d'un examen par période de 24 mois, et
2. des lunettes et lentilles corrigées (y compris les corrections de la vue et qu'elles soient achetées sur ordonnance d'un ophtalmologue ou d'un optométriste, sous réserve du maximum prévu à l'annexe A).

Frais admissibles aux termes de la garantie de soins de la vue

Ophthalmologue personne membre de l'Association canadienne des optométristes ou d'une association provinciale qui lui est reliée, ou en l'absence d'une telle association, personne qui, de l'avis de l'administrateur, possède la formation nécessaire à l'égard de la vue.

Les frais admissibles sont les frais habituels et raisonnables engagés à l'égard :

1. des examens de la vue par un optométriste, sous réserve d'un examen par période de 24 mois, et
2. des lunettes et lentilles corrigées (y compris les corrections de la vue et qu'elles soient achetées sur ordonnance d'un ophtalmologue ou d'un optométriste, sous réserve du maximum prévu à l'annexe A).

11. frais engagés à l'égard des troubles indiqués à l'annexe B.

10. médicaments utilisés à l'égard de troubles pour lesquels l'utilisation n'est pas recommandée par le fabricant;

9. médicaments utilisés à des fins cosmétiques;

8. fournitures chirurgicales et articles pour diagnostic;

Régime de soins de santé

6. **Prescriptions composées**, quels que soit leur ingrédients actifs;

7. **Algues hypodermiques, seringues à injection et produits chimiques pour diagnostic relatif au traitement du diabète;**

8. **Vitamines et minéraux prescrits pour le traitement d'une maladie chronique conformément à la pratique habituelle de la médecine,** et lorsqu'aucune autre possibilité s'offre au patient;

9. **Appareils d'administration de médicaments contre l'asthme qui font partie du produit et qui sont approuvés par l'administrateur;** et

10. **Aérochambres avec masques pour l'administration de médicaments contre l'asthme.**

Exclusions aux termes de la garantie de frais de médicaments

Aucune prestation n'est payable à l'égard des articles suivants :

1. médicaments qui, de l'avis de l'administrateur, sont expérimentaux;

2. articles ou produits qui font l'objet de publicité et qui, selon l'administrateur, constituent des remèdes traditionnels;

3. contraceptifs, autres que les contraceptifs oraux;

4. vitamines, autres que par injection, minéraux et suppléments de protéines (autres que les frais admisibles aux termes de la présente disposition);

5. substances nutritives thérapeutiques, autres que les substances admisibles au remboursement indiquées au paragraphe Frais admissibles de la garantie de frais de médicaments (#4);

6. produits pour l'entretien des lentilles cornéennes, nettoyeurs pour la peau, protecteurs pour la peau ou émollients;

7. pastilles, rince-bouche, shampoings non médicamenteux,

administrés par injection;

5. médicaments à injection, y compris les serums anti-allergiques

pour assurer le maintien de sa vie;

personne à charge ne pourra absorber aucune autre substance de nature esthétique, à condition que le souscripteur ou la médecine spéciale autre qu'une allergie ou les maximaux liés à des soins d'une maladie autre reconnaissable, pour le traitement d'une blessure ou

4. substances thérapeutiques de remplacement prescrites par un administrateur, possédant une valeur thérapeutique;

l'administration possède dans une pharmacie autorisée et qui, selon uniques, et spéciales pharmaceutiques, qui peut se procurer produits et spéciales courante du Compendium des parties Monographies de l'édition courante du Compendium des

3. médicaments qu'on peut obtenir sans ordonnance, figurant à la enzymatique;

agents topsiques de débridement traitement de la tuberculose agents parasympathomimétiques traitement de l'hypothyroïdisme agents antihyperrépidémiques traitement de la fibrinolyse inhibiteurs oraux de la fibrinolyse préparations d'insuline agents bronchodilatateurs agents antiarythmiques traitement du glaucome agents antidiabétiques préparations anticholinergiques agents antanginiques

2. médicaments essentiels au maintien de la vie qu'on peut obtenir de l'édition courante du Compendium des produits et spéciales de l'édition courante à la partie Guide thérapeutique sans ordonnance et qui figurent à la partie Monographies de pharmaceutiques sous les rubriques suivantes :

ou de médicaments d'ordonnance; pharmaceutiques à titre de narcotiques, de médicaments contrôlés de l'édition courante du Compendium des produits et spéciales de l'édition courante, et qui figurent à la partie Monographies les contractifs oraux, et qui figurent à la partie Monographies 1. médicaments qu'on ne peut obtenir que sur ordonnance, y compris pour le traitement d'une maladie ou d'une blessure : suiviants sont admisibles pourvu qu'ils soient prescrits par un médecin, ou un dentiste et dispensés par un pharmacien autorisé ou un médecin, Les frais habituels et raisonnables pour obtenir les produits

Frais admissibles aux termes de la garantie de frais de médicaments

Frais admissibles aux termes de la garantie de la maladie-maladie complémentaire	La garantie-maladie complète comprend :
Dentiste	la garantie de frais de soins de la vue
Dentiste	la garantie de frais de soins dentaires
Dentiste	la garantie de frais de professions de la santé
Maladie chronique	d'un tel organisme, personne qui, ou en l'absence reconnue à pratiquer la dentisterie, ou en l'absence d'administration, possède la formation nécessaire.
Médecin	état qui dure plus de six mois peut être considéré comme chronique.
Maladie chronique	état qui dure plus de six mois peut être considéré comme chronique.
Pharmacien	le nom est inscrit au registre de l'organisme régissant cette profession dans la province où elle pratique.
Les soucripteurs du régime admissibles au remboursement des frais de médicaments aux termes d'un programme provincial «pharmacare» doivent déposer leurs demandes de prestations aux autorités provinciales (voir annexe C, Demande de prestations).	Les soucripteurs du régime admissibles au remboursement des frais de médicaments aux termes d'un programme provincial «pharmacare» doivent déposer leurs demandes de prestations aux autorités provinciales (voir annexe C, Demande de prestations).

Définitions relatives à la garantie de frais de médicaments

GARANTIE DE FRAIS DE MÉDICAMENTS

- les frais admissibles engagés à l'extérieur de la province
- la garantie de frais divers
- la garantie de soins dentaires
- la garantie de frais de professions de la santé
- la garantie de soins de la vue
- la garantie de frais de médicaments
- la garantie-maladie complète comprend :

Des limites précises ont été fixées à l'égard du régime de soins de santé relativement au montant des frais admissibles. Ces limites sont précisées dans l'explication des prestations données aux pages 17 à 35 ou dans la liste des plateaux des frais auxquelles (voir annexe A). Les frais qui dépassent ces limites ne sont pas admissibles en vertu du régime. Toute modification est annoncée par les services du personnel. Les souscriptions sont prises d'en prendre note afin de s'y reporter au besoin.

Pour chaque année civile, vous devrez d'abord déduire une franchise, celle qui définitive que seuls les frais admissibles, engagés au cours de l'année, qui dépassent le montant de la franchise peuvent être remboursés en vertu de la garantie-maladie complémentaire. La franchise est fixée à 25 \$ par année par personne. Si vous avez souscrit une «garantie familiale» mais qu'un seul membre de votre famille engage des frais admissibles au cours d'une année civile, franchise annuelle de 25 \$ s'appliquera à ces frais. Cependant, si des frais admissibles sont engagés à l'égard de plus d'un membre d'une famille assurée, la franchise totale est alors de 40 \$ par année civile.

Une fois la franchise annuelle déduite, et sous réserve de toute limite imposée sur le montant des frais admissibles qui peuvent être engagés pour un produit ou un service particulier, le régime rembourse 80 % des frais habituels et raisonnables que vous avez couverts pour un produit ou un service particulier, le régime rembourse 20 % des frais habituels et raisonnables que vous avez engagés pour la garantie-voyage). C'est à vous qu'il incombe de payer comme pour la garantie-voyage).

Cassurance/remboursement

Franchise

Des limites relatives aux frais admissibles

Les limites précises ont été fixées à l'égard du régime de soins de santé relativement au montant des frais admissibles. Ces limites sont précisées dans l'explication des prestations données aux pages 17 à 35 ou dans la liste des plateaux des frais auxquelles (voir annexe A). Les frais qui dépassent ces limites ne sont pas admissibles en vertu du régime. Toute modification est annoncée par les services du personnel. Les souscriptions sont prises d'en prendre note afin de s'y reporter au besoin.

Pour chaque année civile, vous devrez d'abord déduire une franchise, celle qui définitive que seuls les frais admissibles, engagés au cours de l'année, qui dépassent le montant de la franchise peuvent être remboursés en vertu de la garantie-maladie complémentaire. La franchise est fixée à 25 \$ par année par personne. Si vous avez souscrit une «garantie familiale» mais qu'un seul membre de votre famille engage des frais admissibles au cours d'une année civile, franchise annuelle de 25 \$ s'appliquera à ces frais. Cependant, si des frais admissibles sont engagés à l'égard de plus d'un membre d'une famille assurée, la franchise totale est alors de 40 \$ par année civile.

Une fois la franchise annuelle déduite, et sous réserve de toute limite imposée sur le montant des frais admissibles qui peuvent être engagés pour un produit ou un service particulier, le régime rembourse 80 % des frais habituels et raisonnables que vous avez couverts pour un produit ou un service particulier, le régime rembourse 20 % des frais habituels et raisonnables que vous avez engagés pour la garantie-voyage).

le régime. montant «habituel et raisonnable» n'est pas garantie par associations médicales. Toute partie des frais qui dépassent le cas échéant, sur le barème des honoraires publiés par les ou un produit particulier dans la région visée. Il se fonde, le établit la limite générale des frais admissibles pour un service juges comme étant «habituels et raisonnables». L'administrateur admissible que vous engagez pour un service ou un produit Parmi les frais que vous engagez pour un service ou un produit

1. Frais habituels et raisonnables

Critères

De temps à autre, des modifications sont apportées à la garantie offerte en vertu du régime de soins de santé. Votre service du personnel vous adressera chaque fois un avis que vous devriez conserver à titre d'information. De temps à autre, des modifications sont apportées à la garantie offerte en vertu du régime de soins de santé. Votre service du personnel vous adressera chaque fois un avis que vous devriez conserver à titre d'information.

Général de gestion du régime de soins de santé.

Les frais habituels et raisonnables peuvent également comprendre autres que ceux figurant ci-dessous, si ils sont approuvés par le pour les divers services et produits admisibles décrits aux pages 17 à 35. Toutefois, les frais admisibles peuvent également comprendre remboursé, en vertu de cette garantie, les frais que vous engagez sous réserve des dispositions suivantes, vous pouvez vous faire conseil de gestion du régime de soins de santé.

Sous réserve des dispositions suivantes, vous pouvez vous faire remboursé, en vertu de cette garantie, les frais que vous engagez sous réserve des dispositions suivantes, vous pouvez vous faire conseil de gestion du régime de soins de santé.

Cette garantie couvre des produits et des services précis qui ne sont pas habituellement couverts par un régime provincial d'assurance. Dans le cas des personnes protégées domiciliées en dehors du Canada, elle couvre des produits et des services précis qui ne sont pas couverts par la garantie-maladie de base du régime de soins de santé.

GARANTIE-MALADIE COMPLÉMENTAIRE

DESCRIPTION DES PRÉSTATIONS

SECTION III -

En tant que personne pensionnée résidant à l'extérieur du Canada et exclue d'un régime provincial d'assurance-santé, vous pouvez présenter une demande pour obtenir une garantie combinée qui comprend la garantie-maladie de base décrite en détail à partir de la page 35 et la garantie-maladie complète couverte d'un office à partir de la page 15. Vous êtes également éligible pour une garantie-maladie de tout autre régime, mais si vous y souscrivez, vous ne pouvez pas choisir la garantie-hospitalisation sans la garantie-maladie tout au niveau 1. Vous pouvez choisir de ne pas participer aux cotisations du régime, dont l'état paye à votre égard, les frais de la garantie-hospitalisation, dont l'état paye à votre égard, les frais de la garantie-maladie complète décrite à partir de la page 38. Si vous décidez de souscrire aux garanties précitées, vous pouvez en toute sécurité souscrire à la garantie-hospitalisation de niveau II ou III qui est décrite en détail à partir de la page 38.

Les personnes pensionnées ne peuvent pas participer à la garantie-hospitalisation (à l'extérieur du Canada). Si vous êtes décrites dans le présent chapitre à la garantie-hospitalisation habituée, vous devrez faire vos propres démarches pour obtenir ce complément de protection auprès d'un autre assureur.

Etant donné que vous êtes libre de demander ou non les garanties et l'entendue de la garantie qui vous semblerait appropriée pour vous-même et les personnes à votre charge, les dispositions pour décrives ci-dessus, vous devrez vous charger d'obtenir le niveau de critères dont vous souhaitez disposer.

Souscription

Régime de soins de santé

Vous pouvez aussi demander la garantie du régime pour d'autres catégories de personnes (autre qu'un conjoint ou qu'un enfant) qui résident avec vous et qui sont financièrement à votre charge (voir page 5). Si ces dispositions vous intéressent, vous devriez consulter votre service du personnel.

Tous les employés en poste à l'étranger peuvent, s'ils le désirent, souscrire pour eux-mêmes et pour toutes les personnes à leur charge admissibles une garantie totale est obligatoire, votre garantie étant donnée que la garantie totale du régime de soins de santé prend fin dès que vous cessez d'être admissible à la présente catégorie. Étant donné que la garantie-hospitalisation de niveau II et III est laissée à votre choix, il vous incombe de faire la demande de celle que vous désirez obtenir pour vous-même et les personnes à votre charge.

Les renseignements concernant la garantie facultative figurent à la page 11 sous la rubrique « Critères de souscription ». Si vous demandez la garantie-hospitalisation de niveau II ou III, vous devrez faire un paiement mensuel à l'égard de cette garantie supplémentaire.

3. Personnes pensionnées domiciliées à l'extérieur du Canada et exclues d'un régime provincial d'assurance-santé

Si, à titre de personne pensionnée, vous demeurez à l'extérieur du Canada et êtes exclue d'un régime provincial d'assurance-santé, vous n'êtes admissible qu'à la garantie totale.

Garantie disponible

- Lorsqu'un employé demande la garantie à l'égard d'un conjoint si vous passez de la garantie taux de retenue s'appuie (par exemple, de fait et qu'un nouveau taux de retenue s'appuie (par exemple, si vous passez de la garantie ne peut prendre effet que le premier jour du quartierme mois suivant la date de réception de la demande, peu importante le moment où la garantie complète, il vous incombe de : demander le type et l'étendue de garantie que vous souhaitez obtenir et faire de même pour les personnes à votre charge;
- examiner périodiquement le taux de votre charge de paye pour vous assurer que les retenues mensuelles correspondent à la demande que vous avez plus besoin. Les retenues conformes à la demande que vous avez formule dans votre souscription ne sont pas remboursées.

2. Employés, membres des forces canadiennes

ou de la GRC domiciliés à l'extérieur du Canada et exclus d'un régime provincial d'assurance-santé

Si vous appartenez à cette catégorie, votre employeur exige que vous participez à la garantie totale (la garantie-maladie de base et la garantie-hospitalisation (à l'extérieur du Canada), de même que la garantie-maladie complémentaire et la garantie-hospitalisation que la garantie-hospitalisation à la garantie totale (la garantie-maladie de base et la garantie-hospitalisation (à l'extérieur du Canada). Ces garanties sont décrites en détail à partir des pages 35, 33 et 15 respectivement et sont payées en entier par l'employeur.

Par ailleurs, vous devez obtenir la même garantie totale pour votre conjoint et tout enfant admissible habitant avec vous à l'extérieur du Canada.

Si vous ne demandez pas la garantie dans les 60 jours suivant la date à laquelle vous y devenez admissible, ou si vous ne demandez pas la garantie familiale, ou si vous ne demandez pas la garantie hôpitalisation, la garantie révisée ne prendra effet qu'après une période d'attente de trois mois (soit le premier jour du quartierme mois suivant la réception de votre demande à votre service du personnel).

Lorsque vous prenez une nouvelle personne à votre charge, (par exemple un conjoint ou un enfant), vous devriez consulter votre service du personnel le plus tôt possible. Toute demande de souscription requise pour faire protéger cette personne (soit pour passer de la garantie pour personne seule à la garantie familiale) doit parvenir au service du personnel dans les 60 jours suivant la date à laquelle elle est devenue admissible si vous désirez que la garantie prenne effet à cette date.

Si votre service du personnel régolt votre demande de souscription dans les 60 jours suivant la date à laquelle vous êtes devenu admissible, votre garantie prend effet le premier jour du mois qui suit la réception de votre formule document remplie.

Date de prise d'effet de la garantie

Si vous êtes admissible et que vous voulez participer au régime de soins de santé, ou si vous désirez modifier votre garantie actuelle, vous devrez remplir la formule de demande de souscription au régime de soins de santé, que vous pouvez obtenir auprès de votre service du personnel, et la présenter à ce dernier.

Vous faites une demande, c'est à vous de décider de l'étendue de la couverture (soit le niveau pour vous-même et pour les personnes à votre charge (voir page 4)).

Vous demandez pour vous-même et pour les personnes à votre charge (soit le niveau de garantie-hôpitalisation) que

Si vous faites une demande, c'est à vous de décider de l'étendue de la couverture (soit le niveau pour vous-même et pour les personnes à votre charge (voir page 4)).

Critères de souscription

Régime de soins de santé

de la présente catégorie.

(à l'extérieur du Canada) ne sont pas offertes aux personnes la garantie-maladie de base et la garantie-hospitalisation

de la province.

de plus amples renseignements sur la garantie offerte à l'extérieur également admissibles. Veuillez vous reporter à la page 33 pour

l'extérieur de la province de résidence du souscripteur sont complètement admissibles. En outre, certains frais engagés à

l'hospitalisation et, à partir de la page 38, celle de la garantie-

complémentaire offre aux termes de la garantie-maladie de la couverture offerte aux termes de la garantie-maladie

complémentaire. Vous trouverez à la page 15 la description choisir la garantie-hospitalisation sans la garantie-maladie tout au régime, mais si vous y souscrivez, vous ne pouvez pas

s'ajouter. Vous pouvez choisir de ne pas participer au supplémentaire. Vous pouvez choisir de la garantie-hospitalisation montant mensuel à l'égard de la niveau II ou III doivent verser un

offre de services aux employés. Les personnes qui choisissent la garantie-maladie complémentaire et la garantie-hospitalisation de niveau I sont

complémentaire et la garantie-hospitalisation, la garantie-maladie complémentaire, qui comprend la garantie-maladie

Si vous faites partie de cette catégorie, vous êtes admissible à la garantie complète, vous êtes admissible à

garantie disponible

d'assurance-santé

protégés en vertu d'un régime provincial

pensions domiciliées au Canada et

ou de la GRC, ou encore personnes

1. Employés, membres des forces canadiennes

Lorsque vous aurez établi à quelle catégorie vous appartenez, vous trouvez dans les pages qui suivent, sous la rubrique appropriée, tous les renseignements généraux qui vous sont nécessaires.

exclues d'un régime provincial d'assurance-santé.

3. Personnes pensionnées domiciliées en dehors du Canada et

SECTION II – GARANTIES DISPONIBLES

Régime de soins de santé

- Les quatre garanties précítées (la garantie-maladie complémentaire, la garantie-hospitalisation, la garantie-maladie hospitalière et la garantie-assurance-santé) sont conguées pour la garantie-hospitalisation, la garantie-maladie de base et la garantie-maladie de base, la garantie-maladie complémentaire comprend la province où vous résidez. La garantie complémentaire offre le régime de la ne soit qu'un complément à la protection offerte par le régime de la province qui résident à la province complémentaire. En général, les prestations d'un régime provincial d'assurance-santé. En général, les prestations d'un régime provincial d'assurance-santé. Elle est offerte aux résidents canadiens qui sont protégés en vertu de deux sont décrites en détail plus loin).
- Celle-ci est offerte aux personnes qui résident à l'étranger et exclusivement à la garantie-hospitalisation (à l'étrier du Canada) n'est pas offerte aux personnes pensionnées.)
- Les quatre garanties précítées (la garantie-maladie complémentaire, la garantie-hospitalisation, la garantie-maladie hospitalière, la garantie-assurance-santé) sont conguées pour la garantie-hospitalisation, la garantie-maladie de base et la garantie-maladie de base, la garantie-maladie complémentaire comprend la province où vous résidez. La garantie complémentaire offre le régime de la ne soit qu'un complément à la protection offerte par le régime de la province qui résident à la province complémentaire. En général, les prestations d'un régime provincial d'assurance-santé. En général, les prestations d'un régime provincial d'assurance-santé. Elle est offerte aux résidents canadiens qui sont protégés en vertu de deux sont décrites en détail plus loin).



GARANTIE TOTALE

GARANTIE COMPLÉMENTAIRE

Régime de soins de santé

En termes généraux, le régime de soins de santé est conçu de manière à offrir deux types distincts de garantie, soit :

d'un régime provincial d'assurance-santé. En général, les prestations d'un régime provincial d'assurance-santé. Elle est offerte aux résidents canadiens qui sont protégés en vertu de deux sont décrites en détail plus loin).

La garantie complémentaire offre le régime de la ne soit qu'un complément à la protection offerte par le régime de la province qui résident à la province complémentaire. En général, les prestations d'un régime provincial d'assurance-santé. En général, les prestations d'un régime provincial d'assurance-santé. Elle est offerte aux résidents canadiens qui sont protégés en vertu de deux sont décrites en détail plus loin).

GARANTIE D'ASSURANCE-SANTE

En termes généraux, le régime de soins de santé est conçu de manière à offrir deux types distincts de garantie, soit :

d'un régime provincial d'assurance-santé. En général, les prestations d'un régime provincial d'assurance-santé. Elle est offerte aux résidents canadiens qui sont protégés en vertu de deux sont décrites en détail plus loin).

GARANTIES DISPONIBLES

SECTION II –

ANNULATION DE LA GARANTIE

Régime de soins de santé

Votre participation au régime de soins de santé prend fin dès que cesse votre emploi. Toutefois, vous pouvez être admissible au régime de soins de santé à titre de personne pensionnée. En outre, votre garantie peut être maintenue pour une période limitée en cas de mise en disponibilité, d'invalidité totale ou de grossesse au moment où votre garantie devrait normalement cesser. Pour plus de précisions au sujet de votre admissibilité dans de telles circonstances, communiquez avec votre service du personnel.

Vous pouvez choisir d'annuler votre participation à la garantie complète en tout temps, en avisant par écrit votre service du personnel. Votre garantie prendra fin au plus tard deux mois après la date à laquelle le service du personnel aura reçu l'avis. Les retenues cesseront le premier jour du mois précédent la date d'annulation de la garantie.

Exemple: Vous écrivez, en janvier, à votre service du personnel pour annuler votre garantie en vertu du régime de soins de santé. Votre garantie prendra fin au plus tard le premier avril. Les retenues sur votre salaire prendront fin au plus tard en février. Votre garantie prendra fin au plus tard le premier mois de mars. Les retenues sur votre salaire prendront fin au plus tard le premier avril.

Si votre garantie devait prendre effet pendant que vous êtes en congé non payé ou pendant la saison morte, celle-ci ne prendra effet que le premier du mois suivant la date de votre retour au travail.

Vous ne pouvez demander la souscription au régime ou une modification de la garantie pendant que vous êtes en congé non payé, ou, dans le cas d'un employé saisonnier, pendant la saison morte.

Si les retenues nécessaires ne sont pas versées à votre service du personnel avant le début du congé autorisé non payé, ou si vous cessez de verser les montants requis à l'avance pour la durée de votre congé autorisé non payé, votre garantie en vertu du régime de soins de santé sera suspendue et ne pourra être remise en vigueur que le premier jour du mois suivant votre retour au travail.

Si vous souscrivez au régime et que vous prenez un congé autorisé non payé, il vous faudra peut-être faire vos paiements de plus d'un mois, si vous voulez conserver la protection du régime de santé pendant ce congé. Vous devriez vous adresser à mesures à l'avance si vous voulez conserver la protection du régime de soins de santé pendant ce congé. Vous devriez vous adresser à votre service du personnel avant le congé pour obtenir les exigences relatives aux retenues si vous voulez conserver la protection. Le premier paiement anticipé doit être fait avant de partir en congé autorisé non payé, au taux appropié pour la durée du congé.

GARANTIE DURANT UNE PÉRIODE PROLONGÉE DE CONGÉ NON PAYÉ

Vous devrez inscrire ce numéro d'identité sur toute demande de prestations que vous présenterez pour vous-même et pour les personnes à votre charge protégées, et sur toute lettre que vous adresserez à l'administration (voir annexe C). Ce dernier vous délivrera une nouvelle carte-avantages chaque fois que vous jugerez bon de modifier votre protection aux termes du régime de soins de santé et qu'il sera nécessaire d'appuyer des modifications aux renseignements indiqués sur la carte.

Regime de soins de santé

Personnes pensionnées

En tant qu'employeur, l'Etat paye 80 % du coût de la garantie-maladie

complémentaire des personnes pensionnées et l'intégrer retenue supplémentaire pour la garantie-hospitalisation de niveau I. On doit faire des paiements mensuels supplémentaires pour la garantie-hospitalisation de niveau II ou III.

Si des retenues sont nécessaires, elles sont habituellement perçues chaque mois sur le salaire ou la pension, un mois à l'avance, afin de procurer une protection pour le moins suivant.

Lorsqu'il est nécessaire d'appuyer des changements au montant des retenues, votre service du personnel vous en avisera. Vous devriez conserver ces renseignements à titre de référence et vérifier périodiquement l'exacitude des retenues mensuelles faites sur votre salaire ou votre pension.

Les membres des Forces canadiennes ou de la GRC qui touchent une pension en vertu de la LPRFC ou de la LPRGC, qui font des paiements mensuels au régime de soins de santé à même cette pension et qui acceptent un poste dans la fonction publique peuvent choisir d'être protégés comme employés en vertu du régime de soins de santé si ils sont admissibles. Cependant, il vous incombe de demander à votre service des pensions de cesser les retenues à l'égard du régime de soins de santé en tant qu'employé de la fonction publique. Votre numéro de sécurité sociale sera parvenir un carte-avantages que vous devriez conserver à titre de référence. Cette carte portera le numéro d'identité qui vous aura été assigné et le niveau de garantie que vous avez choisi.

Des que voter première demande de soucription sera approuvée, l'administration vous fera parvenir un carte-avantages que vous devriez conserver à titre de référence. Cette carte portera le numéro d'identité qui vous aura été assigné et le niveau de garantie que vous avez choisi.

Numéro d'identité

En tant qu'employeur, l'État paye en entier le coût de la garantie-maladie complète (ainsi que la garantie-maladie de base et la garantie-hospitalisation (à l'étranger) plus la garantie-hospitalisation à l'étranger) à l'égard des employés résidant à l'étranger) plus la garantie-hospitalisation de niveau I. Par conséquent, les employés ne sont tenus de faire de paiements mensuels que s'ils choisissent la garantie-hospitalisation de niveau II ou III. Le montant des retenues est fonction du niveau de garantie-hospitalisation choisi (soit les niveaux II ou III - se reporter à la section II de la présente brochure) et du genre de garantie, soit pour personne seule ou familiale.

Employees

L'entière exploitation du régime, y compris le versement des prestations, est financée par les retenues mensuelles des souscripteurs du régime et de l'Etat, en tant qu'employeur. La retenue du souscripteur est fonction de la garantie choisie.

RETEÑUE

Autres personnes à charge admissibles

Les employés et les membres des Forces canadiennes et de la GRC affectés à l'étranger peuvent également obtenir une garantie totale pour d'autres catégories de personnes qui résident avec eux à l'extérieur du Canada et qui sont financièrement dépendants d'eux. Enfin, ils doivent remplir une formule distincte qu'ils peuvent obtenir au prélude de leur service du personnel.

Les membres des Forces canadiennes et de la GRC ne peuvent obtenir de garantie en vertu du régime de soins de santé pour eux-mêmes, mais ils peuvent en obtenir pour les personnes à leur charge admissibles.

Une personne ne peut pas être protégée comme personne à charge par plus d'un seul souscripteur du même régime. Par exemple, si votre conjoint et vous-même détenez la garantie familiale, un seul d'entre vous peut faire des demandes de prestations à l'égard de vos enfants (voir annexe C – Demandes de prestations).

Personnes à charge admissibles

S'applique également aux employés du groupe de la direction et aux officiers supérieurs des Forces canadiennes et de la GRC

1. Votre conjoint (y compris le conjoint de fait – votre service du personnel peut vous fournir d'autres précisions à ce sujet);
2. Vos enfants célibataires (y compris un enfant adopté, d'un autre temps plein un établissement scolaire);

- étudiants, c'est-à-dire si l'élève est entièrement à votre charge en raison d'une incapacité physique ou mentale qui existe avant qu'il n'atteigne l'âge de 21 ans ou qu'il a atteint 21 ans.
- handicaps, c'est-à-dire que vous avez présenté un certificat médical pour attester que l'enfant est entièrement à votre charge en raison d'une incapacité physique ou mentale qui existe avant qu'il n'atteigne l'âge de 21 ans ou qu'il a atteint 21 ans.

Il vous faudra peut-être soumettre des preuves médicales à la demande de prestations après le 2^e anniversaire de l'enfant, plus de 21 ans. La première fois que vous présentez une demande de prestations à titre d'étudiant âgé de

l'appui de son incapacité.

Régime de soins de santé

Section I – DISPOSITIONS DU RÉGIME TOUCHANT TOUS LES SOUSCRIPTEURS

Les employés du groupe de la direction et les officiers supérieurs des Forces canadiennes et de la GRC doivent communiquer avec leur service du personnel pour se renseigner au sujet de leur protection et de leurs retenues.

Le régime de soins de santé intéressé les employés de la fonction publique, les membres des Forces canadiennes et de la GRC ainsi que les personnes pensionnées, mais il existe des exceptions et des dispositions particulières à certains cas. La souscription au régime communaliser avantage le personnel pour savoir si vous y êtes admissible.

Si vous êtes admissible et que vous désirez y adhérer, ou si vous voulez appartenir un changement à votre protection, vous devez remplir une forme dé demander et l'envoyer à votre service du personnel, et ce même si aucune retenue mensuelle n'est exigée à votre égard.

A titre d'employé ou de personne pensionnée, vous pouvez demander de faire protéger les personnes à votre charge admissibles aux termes du régime de soins de santé soit au moment où vous faites votre propre demande de souscription, soit à une date ultérieure. Toutefois, dès que vous obtenez la garantie familiale, vous n'avez plus à faire de demande pour toute autre personne à votre charge.

GARANTIE DES PERSONNES À CHARGE

DEMmANDe DE SOUSCRIPTION AU RÉGIME

Le régime de soins de santé intéressé les employés de la fonction publique, les officiers supérieurs des Forces canadiennes et de la GRC ainsi que les personnes pensionnées, mais il existe des exceptions et des dispositions particulières à certains cas. La souscription au régime communaliser avantage le personnel pour savoir si vous y êtes admissible.

Si vous êtes admissible et que vous désirez y adhérer, ou si vous voulez appartenir un changement à votre protection, vous devez remplir une forme dé demander et l'envoyer à votre service du personnel, et ce même si aucune retenue mensuelle n'est exigée à votre égard.

A titre d'employé ou de personne pensionnée, vous pouvez demander de faire protéger les personnes à votre charge admissibles aux termes du régime de soins de santé soit au moment où vous faites votre propre demande de souscription, soit à une date ultérieure. Toutefois, dès que vous obtenez la garantie familiale, vous n'avez plus à faire de demande pour toute autre personne à votre charge.

ADMISSIBILITÉ AU RÉGIME

DEMmANDe DE SOUSCRIPTION AU RÉGIME

Le régime de soins de santé intéressé les employés de la fonction publique, les officiers supérieurs des Forces canadiennes et de la GRC ainsi que les personnes pensionnées, mais il existe des exceptions et des dispositions particulières à certains cas. La souscription au régime communaliser avantage le personnel pour savoir si vous y êtes admissible.

Si vous êtes admissible et que vous désirez y adhérer, ou si vous voulez appartenir un changement à votre protection, vous devez remplir une forme dé demander et l'envoyer à votre service du personnel, et ce même si aucune retenue mensuelle n'est exigée à votre égard.

A titre d'employé ou de personne pensionnée, vous pouvez demander de faire protéger les personnes à votre charge admissibles aux termes du régime de soins de santé soit au moment où vous faites votre propre demande de souscription, soit à une date ultérieure. Toutefois, dès que vous obtenez la garantie familiale, vous n'avez plus à faire de demande pour toute autre personne à votre charge.

Il existe une brochure distincte à l'intention des personnes pensionnées; on peut l'obtenir auprès du service des pensions.

Pour simplifier le texte, le mot «employés» renvoie à tous les groupes admissibles, sauf indication contraire. De même l'expression «service du personnel» désigne tous les services qui gèrent les prestations au personnel, et non pas les services administratifs ou techniques. Par exemple, dans le cas des Forces canadiennes, l'expression «service du personnel» renvoie en réalité au chef d'unité.

- En lisant la brochure, veuillez donc noter que :
- La section I (Dispositions du régime touchant tous les souscripteurs) décrit les particularités du régime que tous les souscripteurs devraient connaître;
- La section II (Garanties disponibles) vous permet d'établir les dispositions importantes que vous devrez connaître concernant prestations qui s'appliquent à votre cas et décrit certaines autres souscriptions imposées par le régime;
- La section III (Description des prestations) décrit en détail les diverses prestations offertes en vertu du régime. Vous n'avez qu'à étudier celles qui vous touchent à la lumière des précisions apportées à la section II.

Une compagnie d'assurance, ci-après appelée l'administrateur, a été retenue pour évaluer les demandes et verser les prestations conformément aux dispositions du document du régime.

Le régime de soins de santé de la fonction publique est un régime de soins de santé privée par laquelle le gouvernement du Canada au profit des fonctionnaires fédéraux, des membres des Forces canadiennes et de la Gendarmerie royale du Canada (GRC), des députés, des juges fédéraux ainsi que des employés d'un certain nombre de sociétés et d'organismes d'État. Quiconque touche une pension après avoir occupé l'une de ces fonctions peut également participer au régime.

Le régime de soins de santé fournit aux souscripteurs et aux personnes à leur charge admissibles une protection, jusqu'à concurrence d'un montant raisonnable, contre les dépenses imprévues engagées pour obtenir certains services ou produits médicaux.

A cause de changements fondamentaux apportés à la méthode de financement du régime d'assurance collective chirurgicale et médicale (RACCM), qui ont pris effet le premier août 1991, le régime s'inscrit maintenant dans le régime de soins de santé de la fonction publique. Ce régime est désormais auto-assuré, ce qui signifie essentiellement qu'il assume l'entièvre responsabilité du paiement de tous les coûts relatifs à son exploitation, y compris le paiement des prestations (du souscripteur et de l'État) soit générées par le Conseil de gestion du régime et soit paient des prestations. Les retenues mensuelles (du souscripteur et de l'État) sont générées par le Conseil de gestion du régime et sont utilisées pour financer l'exploitation du régime.

Le Conseil de gestion, composé de représentants de la direction et du syndicat du Conseil national mixte, est responsable des finances du régime ainsi que des contrats avec l'administration et d'autres fournisseurs de services. Le Conseil surveille tous les aspects du rendement financier du régime et, au besoin, fait rapport au Conseil national mixte. En outre, le Conseil examine périodiquement les avantages offerts par le régime et, s'il y a lieu, recommande des changements. Il étudie également les besoins relatifs à la souscription au régime et à des demandes de prestations (voir annexe C - Demande de prestations).

GENERALITES

Garantie-maladie de base	35
Garantie-hospitalisation (à l'ext. du Canada)	36
(cette garantie n'est pas offerte aux personnes pensionnées)	38
Garantie-hospitalisation	39
ANNEXE A - LISTE DES PLAFONDS DES FRAIS ADMISSIBLES	
AU PREMIER SEPTEMBRE 1992	
ANNEXE B - EXCLUSIONS ET RESTRICTIONS	41
ANNEXE C - PRÉSTATIONS	
Demandes de prestations aux programmes provinciaux	43
Demandes de prestations aux programmes régionaux	43
Demandes de prestations aux autres régimes	44
Demandes de prestations au régime de soins de santé	44
Procédure d'appel	46

TABLE DES MATIÈRES

Résumé de soins de santé

1	GENERALITÉS
3	SECTION I - DISPOSITIONS DU RÉGIME TOUCHANT TOUTES LES SOUSCRIPTEURS
3	Admissibilité au régime
3	Demande de souscription au régime
3	Garantie des personnes à charge
4	Personnes à charge admissibles
5	Autres personnes à charge admissibles
5	Retenues
6	Nombre d'identité
7	Garantie durant une période prolongée de congé non payé
8	Annulation de la garantie
9	Garantie totale
9	Employés, membres des Forces canadiennes ou de la GRC, ou encore personnes pensionnées domiciliées au Canada et admissibles à un régime provincial d'assurance-santé
10	Employés, membres des Forces canadiennes ou de la GRC, et admissibles à un régime provincial d'assurance-santé
12	Un GRC domiciliées en dehors du Canada et exclus de la GRC domiciliées en dehors du Canada
13	Personnes pensionnées domiciliées en dehors du Canada et exclues d'un régime provincial d'assurance-santé
15	Critères
16	Garantie-maladie complémentaire
16	Gossassurance/Remboursement
17	Frais admissibles
17	Frais de médicaments
20	Soin de la vue
22	Professionnels de la santé
25	Soin dentaires
29	Frais divers
33	Frais admissibles engagés à l'extérieur de la province

Cette brochure décrit la garantie qui vous est offerte à titre de souscription du régime de soins de santé de la fonction publique. A cause de changements fondamentaux apportés à la méthode de financement du régime d'assurance collective chirurgicale et médicale (RACM), qui ont pris effet le premier août 1991, le régime s'intitule maintenant «Régime de soins de santé de la fonction publique».

Nous vous prions de lire attentivement cette brochure tout en vous rappelant que les dispositions du régime de soins de santé, y compris celles relatives aux prestations et les retenues mensuelles, font périodiquement l'objet de modifications qui vous seront communiquées au fur et à mesure par votre service du personnel ou votre chef d'unité. Vous ferez bien de prendre note de ces modifications en attendant la révision de la présente brochure.

Publiee uniquement à titre d'information, celle-ci ne décrit que les dispositions générales du régime. Les dispositions particulières détaillées sont décrites dans le document du régime.

EN CAS DE CONTRADICTION ENTRE CETTE BROCHURE ET
LE DOCUMENT DU RÉGIME, CE SONT LES DISPOSITIONS
ÉNONCÉES DANS LE DOCUMENT DU RÉGIME QUI
PRÉVAUDRONT.



ISBN 0-662-58712-X

No de catalogue BT 43-87/1992

© Ministre des Approvisionnements et Services Canada 1992

Une brochure distincte intitulée *Régime de soins de santé de la fonction publique à l'intention des personnes pensionnées est publiée à l'intention des personnes pensionnées de la fonction publique, de la Gendarmerie royale du Canada (GRC), des Forces canadiennes et de certaines autres personnes pensionnées admissibles à ce régime.*

La présente publication est également disponible sur cassette audio auprès de la bibliothèque du ministère des Finances et du Conseil du Trésor du Canada.

S'adresser au :

Pour obtenir une copie de cette brochure,

Centre de distribution

Gouvernement du Canada

Conseil du Trésor du Canada

Ottawa (Ontario) K1A 0R5

Téléphone : (613) 995-2855

Télécopieur : (613) 996-0518

Régime de soins de santé de la fonction publique

Couverture : De la collection du Musée des Beaux-arts du Canada

Artistes : Lawren Harris
Titre : Neige II
Description : Huile sur toile
Acquis : 1916

Canada



collective chirurgicale-médicale - RACCM)
(antérieurement le Régime d'assurance

**Régime de soins
de santé de la
fonction publique**

Gouvernement du Canada Government of Canada

